

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**PREPARAR-SE PARA O PARTO:
QUE GANHOS EM SAÚDE?**

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Professora Doutora Alexandrina Cardoso

Co-orientação:

Mestre Paula Prata

Tágila Farias Aragão Canuto

Porto | 2014

“O dia mais completamente perdido é aquele em que não damos uma risada”

(Chamfort)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, por ter-me atribuído a força e a coragem que julgava não possuir nos momentos mais difíceis e dolorosos. Por ter colocado pessoas/anjos que contribuíram para que os meus sonhos se tornassem algo real e palpável e pudesse seguir confiante em busca dos meus ideais.

À Prof.^a Doutora Alexandrina Cardoso e à Prof.^a Paula Prata, que generosamente aceitaram a orientação desta dissertação, pela disponibilidade, paciência, confiança, auxílio e palavras de conforto nos momentos mais difíceis ao longo de todo o percurso deste estudo e também por partilharem comigo esta caminhada.

Aos docentes das unidades curriculares inseridas no programa de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, pela dedicação, ensinamentos e contribuições que se tornaram fontes de inspiração desta jornada. Em especial à Prof.^a Emília Bulcão, que no ápice de grandes dificuldades, soube de uma forma prudente, respeitosa e justa solucionar o entrave estabelecido, motivando-me a seguir em frente.

Aos Diretores Clínicos, às Chefes de Enfermagem do Serviço de Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano e do Centro Hospitalar de S. João- EPE e a toda a equipa do serviço de puerpério que tornaram possível o elo de ligação entre a díade puérpera/pesquisadora.

À minha amiga, conterrânea e colega de trabalho, Fernanda Ávila, pelo apoio e palavras de conforto nos momentos difíceis. Aos meus amigos no Brasil, em especial aos colegas do Curso de Licenciatura “Turma da Sirene”, a quem Deus me presenteou com a mais verdadeira amizade, pela sincera torcida e apoio prestados.

À minha família tão amada, em que a distância e a saudade assola-me. Minha guerreira mãe, Iranir, a quem eu devo tudo o que sou. Aos meus irmãos, Roberta, Gualberto e Robertson, pelas experiências compartilhadas, por ensinar certos valores da vida que só um irmão tem a competência de transmitir e por esse amor incondicional.

À minha enteada, Stéfanny, pela confiança, companheirismo, apoio e convivência harmoniosa diária.

Ao meu marido, Alexandre, que entrou na minha vida numa noite de Natal, como um verdadeiro presente. Ao seu lado tudo se tornou mais suave, nítido e alegre. A você, o meu maior incentivador da busca deste objetivo, pela parceria, paciência, compreensão, otimismo, o meu muito Obrigada.

SIGLAS e ABREVIATURAS

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

ARS – Administração Regional da Saúde

CES – Comissão de Ética para a Saúde

Cit. – Citado

DPPNI – Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

DUM – Data da Última Menstruação

EDA – Analgesia Epidural

EESMO – Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EVA – Escala Visual Analógica

EVN – Escala Visual Numérica

ICD9 CM – Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification

IG – Idade Gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MNFs – Métodos não Farmacológicos

MNFs – Métodos Não Farmacológicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PP – Preparação para o parto (concebida e implementada por EESMO)

RAM – Rotura Artificial das Membranas

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TP – Trabalho de Parto

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1. CONTEXTOS E PRETEXTOS: PARA FACILITAR O TRABALHO DE PARTO	21
1 Do processo fisiológico: trabalho de parto	21
1.1 <i>Gestão ativa do trabalho de parto</i>	27
1.2 <i>Terapêuticas de enfermagem: Preparar para o parto</i>	29
1.3 <i>Lidar com a dor de trabalho de parto: as estratégias</i>	32
1.3.1 <i>Os métodos farmacológicos</i>	32
1.3.2 <i>Os métodos não farmacológicos</i>	35
1.3.2.1 <i>O apoio contínuo</i>	35
1.3.2.2 <i>Mudança de posição</i>	37
1.3.2.3 <i>Uso de técnicas de respiração e relaxamento</i>	39
1.3.2.4 <i>Uso de água: imersão/duche</i>	40
1.3.2.5 <i>Uso da bola de Pilates</i>	42
1.3.2.6 <i>Uso de massagem</i>	43
1.3.2.7 <i>Uso de música</i>	44
CAPÍTULO 2: DAS OPÇÕES METODOLÓGICAS	47
2 Material e métodos	47
2.1 <i>Finalidade</i>	48
2.1.1 <i>Objetivos</i>	48
2.2 <i>Tipo de Estudo</i>	49
2.3 <i>População e Amostra</i>	49
2.4 <i>Instrumento de recolha de dados</i>	50
2.5 <i>Variáveis do Estudo</i>	52
2.6 <i>Procedimento de Recolha dos Dados</i>	54
2.7 <i>Tratamento dos Dados</i>	55
2.8 <i>Considerações éticas</i>	56
CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	59
3 Caracterização das participantes	59
3.1 <i>Caracterização sociodemográfica</i>	59
3.2 <i>Caracterização da assistência de saúde durante a gravidez e o parto</i>	60
3.3 <i>Caracterização da participação no programa de preparação para o parto</i>	63
3.4 <i>Caracterização do recurso a estratégias facilitadoras do trabalho de parto e de alívio da dor .</i>	64
3.5 <i>Preparação para o parto: análise das características das participantes com ou sem</i> <i>preparação para o parto</i>	69
3.6 <i>Da influência da preparação para o parto e da análise da experiência do parto</i>	70

CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	77
4 Das participantes no estudo	77
5 Do impacto da preparação para o parto	79
CONCLUSÕES	97
BIBLIOGRAFIA	103
ANEXOS.....	119

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1. Caracterização síntese das variáveis sociodemográficas.....	60
Tabela 2. Caracterização da assistência de saúde durante a gravidez	61
Tabela 3. Caracterização do trabalho de parto e parto	62
Tabela 4. Caracterização da preparação para o parto	64
Tabela 5. Técnicas de relaxamento e conforto utilizadas durante o trabalho de parto pelas participantes com preparação para o parto	65
Tabela 6. Características das participantes com e sem preparação para o parto	69
Tabela 7. Diferenças ao nível da dor percebida em função da experiência do parto.	70
Tabela 8. Diferenças em função do uso, ou não, de técnicas de mudança de posição na Fase I e experiência de parto.....	71
Tabela 9. Diferenças ao nível da dor total percebida em função do recurso ao duche/banho de imersão durante a Fase I.	72
Tabela 10. Diferenças ao nível da dor percebida na Fase III em função do recurso ao deambular durante a Fase II.	72
Tabela 11. Diferenças ao nível da dor percebida na Fase III em função do recurso da técnica da respiração e relaxamento na Fase I.....	73
Tabela 12. Diferenças ao nível do nível de dor de trabalho de parto em função do uso, ou não, de ocitocina.	73
Tabela 13. Diferenças ao nível da duração do trabalho de parto em função da percepção da experiência. .	74
Tabela 14. Diferenças em função do uso, ou não, de bola de pilates na Fase I e o tipo de parto.	74
Tabela 15. Diferenças ao nível da duração do trabalho de parto em função da percepção da experiência. .	75
Tabela 16. Diferenças em função do uso, ou não, das técnicas com a bola de pilates na Fase I e a respiração na Fase II e a presença de laceração perineal.	75

ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1. Descrição das variáveis do estudo	53
--	----

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição percentual da intensidade de dor percebida pelas parturientes.	67
Gráfico 2. Fatores contribuintes para a percepção de experiência positiva do parto.	68
Gráfico 3. Fatores contribuintes para a percepção de experiência negativa do parto.	68

RESUMO

Enquadramento: O parto constitui um momento em que as expectativas e as ansiedades geradas durante a gravidez assumem uma dimensão real. Para muitas mulheres, principalmente em nulíparas, é um momento desafiador. A forma como as mulheres vivenciam a sua experiência de parto é influenciada por vários fatores. O efeito dos programas de preparação para o parto concebidos por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica permanece ainda desconhecido.

Objetivo: Averiguar quais os ganhos em saúde resultantes dos programas de preparação para o parto no trabalho de parto.

Métodos: Estudo do tipo observacional-descritivo, transversal e correlacional com abordagem quantitativa. A população é composta por puérperas, nas primeiras 48 horas após o parto, que tenham tido recém-nascido vivo, primíparas, que falem língua portuguesa e cujo trabalho de parto e parto tenham ocorrido nas maternidades do Centro Hospitalar de S. João e no Hospital Pedro Hispano. Como critérios de exclusão foram definidas puérperas submetidas a cesariana eletiva ou de emergência com dilatação cervical ≤ 4 cm e as que tiveram parto múltiplo. Optamos por uma amostra não probabilística por conveniência, o que totalizou em 205 puérperas. A recolha de dados teve por base uma entrevista orientada por um formulário construído para o efeito.

Resultados: O número de mulheres que realizaram preparação para o parto (PP) e as que não frequentaram são sobreponíveis, 49,8% (n=102) versus 50,2% (n=103). As participantes na preparação para o parto eram mais velhas. Ter PP não apresenta impacto numa admissão na maternidade numa fase mais avançada do trabalho de parto (TP), na experiência de parto, nível de dor, solicitar de analgesia epidural mais tardiamente, tipo de parto e traumatismo perineal. De entre as técnicas de relaxamento e conforto mais usadas foi a técnica da respiração e relaxamento e as menos utilizadas foram a de duche/banho de imersão e ouvir música. As técnicas de duche/banho de imersão e deambulação foram associadas com um menor nível de dor. Já a técnica de respiração e relaxamento conferiu resultado contrário. Nenhuma técnica de relaxamento e conforto teve impacto na duração do TP. Técnicas de respiração e uso de bola de Pilates interferem positivamente na diminuição da taxa de lacerações perineais. Realizar a técnica de mudança de posição contribui para uma experiência de parto positiva.

Conclusão: A real efetividade dos programas de preparação para o parto em termos dos ganhos em saúde, está longe de alcançar resultados definitivos, uma vez que evidenciamos que a PP não emergiu como o fator determinante para uma admissão mais tardia, na experiência de parto, nível de dor, solicitação de analgesia epidural mais tardiamente, tipo de parto e traumatismo perineal. Uma das limitações deste estudo guarda relação estreita com os modelos dos programas de preparação para o parto em uso.

PALAVRAS-CHAVE: TRABALHO DE PARTO. PREPARAÇÃO PARA O PARTO. GANHOS EM SAÚDE. ENFERMEIRA OBSTETRA.

ABSTRACT

Background: Childbirth is a time when the expectations and anxieties produced during pregnancy take a real dimension. For many women, especially in nulliparous, is a challenging time. The way women live your birth experience is influenced by several factors. The effect of preparation programs for childbirth designed by specialist nurses in maternal and obstetric health remains unknown.

Objective: To investigate which health gains resulting from the preparation of programs for delivery in labor.

Methods: Study observational-descriptive, transversal and correlation with a quantitative approach, the population is composed of mothers in the first 48 hours after birth, who have had newborn alive, primiparous, who speak Portuguese and whose labor and birth occurred in maternity wards of Hospital of St John and the Hospital Pedro Hispano. Exclusion criteria were defined postpartum women undergoing elective or emergency caesarean section with cervical dilation ≤ 4 cm and who had multiple births. We chose a non-probability convenience sample, totaling in 205 mothers Data collection was based on an interview guided by a form designed for this purpose.

Results: It was the same ratio as the number of women who underwent preparation for childbirth (PP) and those who did not attend, 49.8% (n = 102) versus 50.2% (n = 103). Participating in preparation for childbirth were older. Having PP has no impact on a maternity admission in a more advanced stage of labor (TP), in the delivery experience, level of pain, ask for epidural analgesia later, mode of delivery and perineal trauma. Among the techniques of relaxation and comfort more used was the breathing technique and relaxation and the least used were the shower / bath soak and listen to music. The shower technical / immersion bath and walking were associated with a lower level of pain. Already the breathing technique and relaxation gave opposite results. No relaxation and comfort technique had an impact on the duration of PD. The use of Pilates ball during labor increases the likelihood of vaginal delivery. Breathing techniques and Pilates ball use interfere positively in reducing perineal laceration rate. Make the change of heading technique contributes to a positive birth experience.

Conclusion: The real effectiveness of preparation programs for delivery in terms of health gains, is far from reaching final results, since we showed that the PP has not emerged as the determining factor for a later admission, in the delivery experience, level of pain, epidural analgesia request later, mode of delivery and perineal trauma. A limitation of this study is closely related to the model of the preparation of programs for delivery in use.

KEYWORDS: LABOR. PREPARATION FOR CHILDBIRTH. HEALTH OUTCOMES. NURSE-MIDWIFE.

INTRODUÇÃO

A mulher, ao longo da gravidez, sofre várias adaptações fisiológicas e emocionais que a preparam para o parto e para a maternidade. O trabalho de parto e o nascimento representam, por um lado, o final da gravidez e, por outro, o início da vida extrauterina para o recém-nascido e conseqüentemente, mudança na vida familiar (Lowdermilk e Perry, 2008).

A vivência deste período da transição para a maternidade pode ser uma fase das mais marcantes do ciclo vital de cada mulher. Nos dias de hoje, é um processo que não tem por base as capacidades naturais. Para Veladas (1997) exige uma aprendizagem formal e informal, para desenvolver aquelas capacidades implicando a integração de um novo papel e uma nova identidade, tornar-se mãe.

O parto constitui um momento em que as expectativas e as ansiedades geradas durante a gravidez assumem uma dimensão real. É o momento de por em prova a sua capacidade de lidar com as dores, de gerir o medo, a confiança e o controlo durante o trabalho de parto.

A forma como as mulheres vivenciam a sua experiência de parto é influenciada por vários fatores, dentre os quais, destacam-se os procedimentos obstétricos, os cursos de preparação pré-natal, a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia (Fisher et al., 1997).

As mulheres grávidas que temem o parto são propensas a relatar medo durante o trabalho de parto e pós-parto (Alehagen et al., 2006). No seu estudo Laursen, Johansen e Hedegaard (2009) concluíram que as mulheres que temem o parto apresentam um risco aumentado de distocia, parto prolongado e associação a cesariana de emergência.

A dor é outro fator comumente relacionado com o medo do trabalho de parto. Segundo Waldenström (1999), a dor e a ansiedade durante o trabalho de parto estão associadas a uma experiência de parto negativa.

Ao analisar as relações entre o modo como as mulheres antecipam e como efetivamente vivenciam a experiência do parto, Costa et al. (2007), concluíram que o

trabalho de parto e parto decorrem, geralmente, pior do que o previsto, particularmente no que respeita à dor percebida.

O parto é para muitas mulheres, principalmente em nulíparas, um momento desafiador. É importante que nesse momento se sintam preparadas para lidar com as mais concomitantes situações. Por isso, sobressai a importância que os cursos de preparação para o parto têm na educação concedida a estas grávidas, para que as possam preparar-se para este grande momento, de modo que ganhem conhecimento, compreensão e confiança, diminuindo assim o medo e a ansiedade que surgem nesse período.

O efeito da preparação para o parto no processo do trabalho de parto e nascimento permanece ainda não possui resultados definidos, mas as mulheres que os frequentam são descritas como altamente motivadas e preparadas (Redman et al., 1991; Fabian et al., 2004).

Couto (2002) descreve que as mulheres que frequentaram a preparação para o parto aprenderam a trabalhar as suas preocupações, apresentam menos ansiedade durante o trabalho de parto e parto, tendo-se já comprovado a existência de vantagens obstétricas, para a criança, mãe, pai e para o casal. As mulheres que frequentam a preparação para o parto e aplicam as técnicas aprendidas demonstram estar mais satisfeitas com a sua experiência de parto (Spinelli et al., 2003). A duração do trabalho de parto e a necessidade de medicação para indução nas mulheres que frequentam cursos de preparação para o parto são menores, enquanto o índice de partos eutócicos, o índice de Apgar do recém-nascidos ao 1.º minuto e a percepção do controlo do trabalho de parto são maiores (Freitas e Freitas, 1996).

Mulheres que participam de cursos de preparação para o parto revelam que as intervenções oferecidas podem diminuir a ansiedade em relação ao parto, tendo uma perspetiva positiva para o parto vaginal. A aprendizagem durante o curso preparatório para parto possui um efeito positivo na experiência do parto e os exercícios aprendidos são benéficos para lidar com as dores do parto (Serçekus et al., 2010). Ainda, segundo Morgado et al. (2010), as mulheres que frequentam as intervenções de preparação para o parto esperam sentir menos dor durante o mesmo.

Face ao exposto, evidencia-se a importância e os benefícios que a preparação para o parto tem durante esse processo. No entanto, embora já existam alguns estudos sobre os efeitos da educação pré-natal, a efetividade dos programas de preparação para o parto ainda carece de maior exploração. Assim, partiu-se para um estudo que visa contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem através do aumento do

conhecimento sobre a efetividade do curso de preparação para o parto no trabalho de parto. E, é nesta perspectiva que surge a temática: “Preparar-se para o parto: que ganhos em saúde?”

O relatório da dissertação está organizada em quatro capítulos centrais. Inicia-se com o primeiro capítulo com a apresentação de uma abordagem conceptual e de revisão da literatura, descrevendo os elementos conceituais que estruturam este estudo, nomeadamente sobre a fisiologia e dinâmica do trabalho de parto, preparação para o parto e as estratégias para o alívio da dor.

No segundo capítulo apresentamos as opções metodológicas, apresentando os objetivos, as questões de investigação e o desenho do estudo, bem como a seleção das participantes e da amostra, os instrumentos utilizados, a previsão do tratamento dos dados e as considerações éticas que nortearam a realização do estudo.

No capítulo seguinte é feita a apresentação e a análise dos resultados. No quarto capítulo efetuamos a discussão dos resultados, procedendo à comparação dos resultados obtidos com a literatura.

Por fim, na conclusão, apresentamos uma síntese das ideias principais dos resultados obtidos e a sua relação com os objetivos do estudo. Serão apresentadas também as referências bibliográficas consultadas, bem como os anexos que incluem o instrumento de recolha de dados utilizado na investigação e as autorizações das instituições hospitalares necessárias à sua aplicação.

CAPÍTULO 1. CONTEXTOS E PRETEXTOS: PARA FACILITAR O TRABALHO DE PARTO

Este capítulo tem por objetivo a apresentação genérica das principais bases teóricas e conceptuais relevantes para a concretização do estudo, de forma a obter o melhor referencial teórico que possibilite fundamentar e dar consistência a todo o estudo. Para Marconi e Lakatos (2003) o referencial teórico permite compreender o que foi estudado e o que falta estudar para fundamentar uma prática baseada na evidência e o conhecimento da disciplina de Enfermagem.

1 Do processo fisiológico: trabalho de parto

A iminência do trabalho de parto e do nascimento de um bebé pode desencadear sentimentos de inquietação e apreensão nas gestantes. Por ser um período em que a mulher ultrapassa consideráveis transformações físicas e psicológicas, a equipa de enfermagem precisa entender o processo do parto e quais os fatores que o afetam, para que assim possa proporcionar assistência mais eficaz a essas mulheres.

O início do trabalho de parto ainda não possui um mecanismo exato esclarecido. Por trabalho de parto (TP) entende-se por um processo fisiológico complexo que envolve interações materna, fetal e placentária. Constitui uma variedade de eventos endócrinos que desempenham um papel na manutenção da quiescência uterina e no início do parto, com seu consequente aumento na contratilidade uterina e amadurecimento cervical (Kota et al., 2013).

No estudo desenvolvido por Menzies et al. (2012), foi observado que o trabalho de parto está associado com a inflamação do miométrio e do colo do útero através da presença das células mastócitos, que são importantes indutores de inflamação alérgica e não alérgica, e os seus segregados produtos podem induzir contrações do miométrio. Assim, a ativação de mastócitos foi levantada como hipótese de ter um papel importante

no início do trabalho. No entanto, as causas e consequências desta resposta inflamatória não é clara.

O Institute for Clinical Systems Improvement (2007) apresenta uma diretriz internacional que define trabalho de parto, como a presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos duas em 15 minutos e pelo menos dois dos seguintes sinais: apagamento cervical, colo dilatado para 3 cm ou mais, ruptura espontânea das membranas.

Convencionalmente o trabalho de parto pode ser dividido em três estágios. Freitas et al. (2002) descreve o primeiro período como dilatação: consiste no intervalo desde o início do trabalho de parto até a completa dilatação do colo do útero. Esta fase é subdividida em fase latente e ativa. A latente possui uma duração variável e é caracterizada pela dilatação lenta do colo, tendo uma velocidade de dilatação de em torno de 1,2cm/hora, até os 3 cm e caracteriza por contrações uterinas irregulares. Já a fase ativa é caracterizada por contrações regulares e dolorosas, com dilatação rápida com velocidade superior a 1,2cm/hora. O segundo período é denominado expulsão: compreende o período entre a dilatação completa e o desprendimento do feto. O terceiro período chamado de dequitação: compreende o tempo entre a expulsão do feto e a expulsão da placenta.

As fases do trabalho de parto ocorrem ao longo de um período de tempo mais ou menos previsível em função de ter tido, ou não, outros filhos. Na nulípara, o primeiro estágio tem duração de até 20 horas, enquanto na multípara pode chegar até as 14 horas. No segundo estágio uma nulípara tem uma duração normal de até 45-60 minutos e a multípara de 15-20 minutos. E o terceiro e último estágio ambas possuem uma duração normal de até 30 minutos (Zhang et al., 2002).

Lowdermilk e Perry (2008) enfatizam que na nulípara, o apagamento é, muitas vezes, completo antes do começo da dilatação e na multípara, ele ocorre simultaneamente com a dilatação. A duração de cada fase é influenciada por fatores como a paridade, a posição materna e o nível de atividade uterina. Mulheres que recebem analgesia epidural para alívio da dor podem não demonstrar a mesma expectativa de evolução materna no primeiro estágio do trabalho de parto.

Apesar do parto ser considerado um fenômeno natural, este processo para ser bem-sucedido depende da coordenação de alguns fatores. Branden (2000) descreveu cinco fatores: o passageiro (feto), a passagem (pelve), as forças (contrações uterinas), a posição da mãe e o último fator seria a resposta psicológica. Para o autor, os fatores relacionados com o feto que afetam o trabalho de parto e o nascimento são o tamanho e forma da

cabeça, postura, atitude, apresentação, posição e situação. A pelve materna representa um papel importante no trabalho de parto por ser o trajeto que o feto terá de acomodar e percorrer. Por isso, os tipos e os diâmetros pélvicos podem interferir no processo. Robertson (2000) também chama a atenção para o papel que a pélvis tem em todo o transcorrer do processo do trabalho de parto. Assim, reforça que os ossos da pélvis são destinados a proteger e guiar o filho no momento do nascimento. A bacia óssea é mantida por um sistema de ligamentos que, durante a gravidez, afrouxam-se devido à influência da hormona relaxina. Por conta desse relaxamento, há uma maior flexibilidade das articulações pélvicas, o que aumenta significativamente o espaço no interior da bacia pélvica, especialmente quando a parturiente se movimenta e muda de posição corporal.

As contrações uterinas têm um papel fundamental. Quando são coordenadas e eficazes facilitam o trabalho de parto e o nascimento, promovem a extinção e a dilatação do colo uterino, estimulam a separação e a expulsão da placenta e levam à constrição dos vasos sanguíneos para evitar hemorragia uterina pós-parto (Freitas et al., 2002). O estímulo contrátil do útero pode ser obtido por métodos farmacológicos ou mecânicos. Em seu estudo, Tahara et al. (2009) concluíram que a estimulação através do fármaco “ocitocina” pode estar associada a diferenças no fluxo arterial uterino durante a contração e que existe mudanças na intensidade das contrações uterinas durante a progressão do trabalho de parto em comparação com o trabalho de parto espontâneo. Já os efeitos da anestesia epidural no fluxo sanguíneo útero-placentar, na presença de contrações uterinas, permanecem obscuros. Fratelli et al. (2011) verificaram que a analgesia epidural utilizando “ropivacaína” reduziu significativamente o fluxo sanguíneo placentário apenas transitoriamente, durante a contração uterina, 30 minutos após a administração. Todavia, essas mudanças não parecem afetar os resultados neonatais.

O tipo de parto depende da evolução do trabalho de parto. Rezende e Montenegro (1991, cit. por Maldonado, 2002) classificam os diferentes tipos de parto em: (1) espontâneo, quando se inicia, evolui e termina sem interferência assistencial ativa; (2) induzido, quando se empregam medicamentos ou manobras especiais para dar início ao trabalho de parto; (3) dirigido, quando há intervenção ativa do obstetra (por exemplo, utilização de medicamentos ocitócicos, episiotomia, amniotomia) e tem como objetivo encurtar a duração do trabalho de parto; (4) cirúrgico, quando envolve ato cirúrgico para realizar ou concluir o parto. O parto normal, ou vaginal pode ser classificado como eutócico ou distócico, este último se necessitar de ajuda instrumental, nomeadamente a ventosa ou o fórceps (Machado, 2005). Parto eutócico é o parto normal efetuado sem

intervenção instrumental, com ou sem episiotomia. Segundo a ICD-9-CM, um parto só pode classificar-se como normal quando requereu assistência mínima ou não precisou de assistência, com ou sem episiotomia, sem manipulação fetal ou instrumentação, que foi espontâneo, de apresentação cefálica, vaginal, e que teve como produto uma criança viva, única e de termo. A negação de qualquer destas premissas ou um procedimento de manipulação, fórceps, ventosa, cesariana, classificam um parto como distócico (ACSS, 2012). O parto normal é definido pelos seus aspetos positivos, como por ser mais fisiológico, mais saudável, mais emocionante e satisfatório para a gestante, tornando-se o parto ideal. Contudo, vários médicos referem insegurança e imprevisibilidade com o parto normal em relação ao seu ponto de vista quando afirmam que durante o parto normal nunca se sabe realmente o que pode acontecer (Chacham, 2006).

O parto vaginal é indicado para gestantes que se enquadram na classificação de baixo risco gestacional, número esse que pode chegar a cerca de 70% a 80% de todas as gestantes (Correia, 2011). Contudo, os partos por cesariana têm ganhado espaço no cotidiano da área da obstetrícia. Com a disseminação de cesarianas “desnecessárias”, ter um parto normal deixou de ser prática corrente em muitas maternidades, mesmo quando essa é a expectativa da parturiente. Um fator que também contribui para esse desfecho é a falta de preparação profissional em atender a essa possibilidade e, muitas vezes, de fazer prevalecer o direito de escolha das parturientes (Rattner et al., 1997).

Tedesco et al. (2004) relatam que o medo da dor e da expulsão da criança durante o parto vaginal é um fator determinante na escolha da via de parto. Muitas mulheres optam por outra via, devido à falta de informação e à falta de esclarecimento entre os profissionais da saúde e a grávida sobre todas as dúvidas que esta última apresenta. Já Lopes et al. (2005) consideram que a escolha pelo parto vaginal não está ligada somente ao facto da dor, mas também está ligada ao medo da morte – da mãe e/ou da criança – no decurso do processo.

De entre os partos instrumentais, os mais realizados são os através de fórceps e por vácuo-extrator (ventosa). Para O'Mahony et al. (2010), a decisão de um parto instrumental depende de vários fatores e as indicações classicamente reconhecidas são período expulsivo prolongado, exaustão materna, emergência como prolapso de cordão ou Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida (DPPNI) diagnosticadas no período expulsivo, padrões de frequência cardíaca fetal não tranquilizadora ou condições médicas, tais como eclâmpsia e cardiopatias. Para a realização deste procedimento é necessário o consentimento informado da parturiente.

O parto distócico por cesariana consiste na extração do feto por via abdominal através de uma incisão cirúrgica. Essa prática traz benefícios se utilizada corretamente, podendo ser prejudicial se utilizada indiscriminadamente (Moraes e Goldenberg, 2001). As quatro indicações gerais para cesariana são: quando o parto é necessário mas não pode ser induzido; quando o trabalho de parto apresenta risco para o bebê ou para a mãe; quando a distocia fetal e materna contraindicam um parto vaginal; e, quando uma situação de emergência requer parto imediato, e um parto vaginal não é possível (Stephenson e O'Connor, 2004).

Camano et al. (2003) descrevem o fórceps obstétrico como um instrumento utilizado para a apreensão, rotação e extração da cabeça fetal. A sua aplicação é um procedimento médico, onde o obstetra deve ter em mente, antes da execução, o respeito pelas condições da sua aplicabilidade. Quanto as condições maternas incluem a presença de dilatação do colo e ausência de desproporção céfalo-pélvica. Das condições fetais destacam-se a rotura da bolsa amniótica, o feto vivo, a cabeça fetal insinuada e o pólo cefálico com tamanho adequado para passar pela pelve materna. Graça (2005) afirma que as principais complicações maternas na utilização do fórceps são as lacerações do canal de parto, pelo que é aconselhável que, depois da sua aplicação e após a dequitação, se proceda à revisão das paredes vaginais e do colo. A episiotomia contribui para dar espaço adicional para a extração fetal com o fórceps e para diminuir o risco de lacerações graves das partes moles maternas.

Relativamente à ventosa obstétrica, esta representa a mais recente etapa técnica destinada a assistir instrumentalmente o parto. A extração por ventosa pode ajudar a reduzir as complicações do trabalho de parto prolongado. É um procedimento que deve ser usado por profissionais competentes que consigam com confiança, identificar as condições apropriadas ao procedimento. Mundialmente são feitos mais partos por extração por ventosa do que por fórceps. Enquanto as indicações e as contra indicações do uso da extração por ventosa e dos fórceps são similares, a técnica da extração por ventosa pode ser aplicada por pessoas com menos experiência do que a necessária para o uso seguro de fórceps (Camano et al., 2003). O'Mahony et al. (2010) relatam que de entre as vantagens da ventosa, incluem-se a de ser uma técnica mais fácil de aprender; menos dependente do diagnóstico preciso da posição da cabeça fetal; a quantidade de força a ser aplicada é intrinsecamente limitada; e pode promover a flexão da cabeça fetal defletida. Como desvantagens, apontam-se a não possibilidade de utilização em apresentação de

face, fetos pré-termo; equipamento mais complexo e com maior possibilidade de falha técnica; e, dependente de esforços maternos para o parto.

Num parto por via vaginal, a pressão exercida pela apresentação durante a descida do canal de parto e a expulsão do feto, provoca traumatismo da região perineal. A episiotomia foi inicialmente proposta com o objetivo de facilitar a saída do feto, reduzindo o trauma perineal e facilitando a sua reparação. Entretanto, a sua realização de rotina não pode ser recomendada, uma vez que existem várias evidências de que não é sistematicamente necessária e pode, inclusive, ser prejudicial (Carvalho et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de episiotomias não deve ultrapassar os 10%, sendo que não se torna necessário a sua proibição, mas deve ponderar-se a sua utilização, porque, em alguns casos, pode ser desnecessária (OMS, 2003).

Segundo Graça (2005), durante o período expulsivo, podem surgir lacerações do períneo que podem estar associadas à episiotomia ou ocorrerem espontaneamente, sendo classificadas em quatro graus, de acordo com as estruturas envolvidas:

- a) 1.º grau – fúrcula, pele do períneo e mucosa vaginal;
- b) 2.º grau – as estruturas do 1º grau, mais fáscia e músculos do diafragma urogenital;
- c) 3.º grau – idem, mais o esfíncter rectal;
- d) 4.º grau – idem, mais a mucosa rectal.

Oliveira et al. (2002) afirmam que as expectativas quanto ao tipo de parto estão relacionadas com o modo como as informações sobre o assunto são disponibilizadas e acessíveis às gestantes. É importante encontrar novas formas que possibilitem à mulher um maior controlo sobre o seu próprio parto, com direito à opção fundamentada na “escolha informada”. Isso deve incluir o direito ao suporte emocional, tendo um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, com quem queira partilhar essa experiência.

Merighi et al. (2007) sugerem que durante o processo de trabalho de parto e parto é importante estar sob os cuidados de uma equipa de profissionais especializados e experientes, porém só isso não é suficiente, porque os fatores emocionais, em geral, não são atendidos. No momento do trabalho de parto as mulheres submetem-se, de forma silenciosa e submissa, às rotinas hospitalares rígidas, vivendo esse momento sem harmonia. As necessidades de contato humano, de informações, de competências técnicas

baseadas na melhor evidência disponível, mostraram-se contextualizadas, possibilitando que os profissionais da saúde reflitam sobre essas práticas.

1.1 Gestão ativa do trabalho de parto

No âmbito dos procedimentos obstétricos, durante o trabalho de parto, por vezes, são realizadas algumas intervenções de rotina com o intuito de encurtar o processo do trabalho de parto. As mais comuns são a amniotomia precoce e a administração de ocitocina sintética (Hofmeyr, 2005).

A amniotomia caracteriza-se pela ruptura artificial das membranas, estando associada a redução na duração do trabalho de parto em cerca de 60 a 120 minutos (Fraser, 2000).

De entre os efeitos produzidos pela amniotomia, em termos de alteração na dinâmica uterina, destacam-se: a indução na libertação de prostaglandinas do líquido amniótico para o interior da cavidade uterina, sem aumento de ocitocina endógena; o encurtamento das fibras miométriais e o aumento na duração e na intensidade das contrações uterinas (Pettersen e Faria, 2000). Não existe nenhuma concordância geral entre os profissionais obstetras praticantes no que diz respeito ao efeito da amniotomia no curso do trabalho de parto. Quanto à realização do procedimento, ele apenas se justifica quando não há outro meio de se averiguar o comprometimento da vitalidade fetal ou, quando a ruptura das membranas não ocorre espontaneamente (Neme, 2000). Contudo, de entre as suas possíveis complicações destacam-se o risco de prolapso do cordão umbilical, compressão do polo cefálico, aumento da taxa de infecção ascendente, sangramento fetal ou placentário, embolia amniótica e embora sem evidência, a realização de amniotomia precoce aumenta a taxa de desacelerações da frequência cardíaca fetal. Além disso, recomenda-se deixar as membranas intactas pelo maior tempo possível para reduzir a taxa de transmissão vertical do VIH (Anderson et al. (2001) e de corioamnioite (Mercer et al. (1995).

Em condições normais, as membranas permanecem intactas até à dilatação completa em 70% dos trabalhos de parto (Fok et al., 2005). Alguns estudos sobre amniotomia têm demonstrado efeitos favoráveis na duração do trabalho de parto, Mahamed et al. (2013), ao testarem a eficácia e a segurança da amniotomia precoce após indução do trabalho de parto com “misoprostol” vaginal, concluíram que existe uma forte

associação com maior taxa de partos vaginal, duração do trabalho de parto mais curto e melhor resultado neonatal. Fraser et al. (2006), em sua revisão sistemática na *Cochrane Library*, concluíram que amniotomia precoce está associada a redução do tempo de trabalho de parto, porém em contrapartida está tendencialmente ligada ao aumento da taxa de cesariana e sofrimento fetal. Por estas afirmações os autores sugerem que a amniotomia precoce deve ser reservada para parturientes com trabalho de parto distócico. Já numa recente revisão com 15 estudos envolvendo 5583 mulheres na base *Cochrane*, Smyth, Alldred e Markham (2013), nos seus achados a amniotomia precoce não alterou a duração do trabalho de parto e as taxas de cesarianas.

No contexto obstétrico, a realização da amniotomia é por vezes associada a outros métodos de indução, como o uso de “ocitocina”. A indução do parto com ocitocina sintética é um dos métodos mais utilizados na atualidade. Como vantagens desse método incluem-se a sua ação rápida, a menor frequência de hiperestimulação uterina e a rápida eliminação dos efeitos colaterais após suspensão da administração. Como desvantagens, estão as dificuldades no amadurecimento cervical, a necessidade de pessoal especializado no controlo da administração e o uso endovenoso que limita a movimentação da parturiente. O uso desta medicação preconiza o uso de ocitocina em doses baixas, por via endovenosa contínua; as doses terapêuticas iniciais são de 0,5 a 5,0 mU/min. Na prática, é adicionada uma ampola em 500 ml de soro glicosado a 5%, iniciando com oito gotas por minuto. Cerca de 20 a 30 minutos após início da indução, na ausência de contrações uterinas eficiente, duplica-se a dose inicial, não devendo ultrapassar 40 gotas por minuto. Se o efeito desejado não for obtido com essa dosagem é improvável que doses maiores tenham êxito. A vigilância materna e fetal tem de ser rigorosa, pois podem surgir como complicações efeitos antidiuréticos. A “ocitocina” pode causar também hiponatremia, hipervolemia, maior risco de edema agudo de pulmão, convulsão, coma e morte (Camano et al., 2003). Uma revisão com 17 ensaios clínicos com 2566 parturientes, comparando a utilização ou não da “amniotomia mais ocitocina” para indução do parto, constatou que esses dois métodos associados apresentam menor taxa de partos vaginais em 24 horas, uma menor taxa de líquido amniótico com mecônio, uma maior frequência de hemorragia pós-parto em relação ao uso de prostaglandinas (Howarth e Botha 2001).

1.2 Terapêuticas de enfermagem: Preparar para o parto

A Enfermagem enquanto profissão tem sido promotora de um aumento da qualidade dos cuidados procurando continuamente suprimir as necessidades dos seus clientes. Na área da saúde materna e obstétrica, a preparação para o parto emerge como “uma pedra basilar que visa contrabalançar, não só a mulher como protagonista da gravidez e do parto, como o próprio profissional de saúde, enquanto meio utilizado pela comunidade” (Couto, 2002, p. 6).

Brownridge (1995, cit. por Kim et al., 2008) refere que a dor severa do parto tende a ser secundária às contrações uterinas, à dilatação do colo e à força exercida pelo feto no canal de parto e pode resultar em respostas sistêmicas da mãe, tais como hiperventilação e alcalose respiratória, que aumenta o consumo de oxigénio, o débito cardíaco e a tensão arterial. Todas essas alterações podem diminuir a perfusão uterina, favorecendo a acidose metabólica fetal. Para Jones et al. (2012), o tipo e a intensidade da dor informam o corpo sobre o estágio do trabalho de parto. No entanto, essa dor não é de foro patológico, uma mulher durante o parto deve tentar ajustar-se para lidar com ela, a fim de que o medo a dor não afetem a dinâmica uterina e, portanto, perturbem a evolução do trabalho de parto e as condições fetais. Rooks (2012) acrescenta que a dor do trabalho de parto, mesmo sendo considerada fisiológica, desencadeia stresse, com sequelas física, mentais e emocionais negativas. O conhecimento dos fatores que influenciam a dor percebida permite a aplicação de estratégias que visam o seu alívio.

O impacto que a percepção da experiência do parto tem no ajustamento psicológico, saúde e bem-estar da mulher, do bebé e na interação futura que se estabelecerá entre ambos parece indicar a necessidade de promover uma construção mais positiva da experiência de parto (Figueiredo, 2001). Para Halgren et al. (1995, cit. por Conde et al., 2007), o desenvolvimento de programas de preparação para o parto permite a aquisição de informações relativas ao curso normal do trabalho de parto e parto, aos riscos envolvidos, ao lidar com o medo do parto e ao alívio da dor.

Os “cursos” de preparação para o parto (CPP), nasceram na Europa no início do século XX, através de um obstetra inglês, Dick Read, que durante seu exercício profissional percebeu que as mulheres durante a progressão do parto apresentavam medo, sentiam-se sozinhas e com isso tinham um parto com mais dificuldade. Com essa análise o obstetra concluiu que seria necessário intervir não só no seu estado físico, mas também no seu estado psicológico (Germano, 2006).

Segundo Morgado (2010), os programas de preparação para o parto surgiram para reduzir a ansiedade e a dor associados ao trabalho de parto, sendo hoje um direito legalmente estabelecido através da Lei n.º 142/99 de 31 de agosto. Santana et al. (2011) acrescentam que tem sido observado um aumento da procura da grávida/casal nos programas de preparação. Os autores acreditam que a necessidade de mudar a realidade do seu parto é fator contribuinte para essa procura.

A Direção Geral da Saúde através da circular normativa n.º 2/006 – ARS Norte de 24/06/2006 determina que a preparação para o parto e parentalidade deve incluir “aulas teóricas” em grupo sobre trabalho de parto, analgesia, aleitamento materno e cuidados ao recém-nascido, “aulas práticas” usando o método psicoprofilático e que deve ser garantida a presença do companheiro. O programa deve ser ministrado por uma Enfermeira com a Especialização em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) e com formação no método psicoprofilático de preparação para o parto. De acordo com a Lei n.º 4/84, de 5 de abril, reconhecendo a importância da preparação para o parto, determina que as “aulas” devem ser equiparadas às consultas pré-natais para o efeito de as referidas trabalhadoras beneficiarem da dispensa de serviço.

A designação de “aulas” está agora ultrapassada. De facto, apesar de serem designadas, em diversos documentos oficiais, de “aulas”, este termo é desajustado para descrever o que realizam as enfermeiras EESMO, na medida em que cada programa de preparação para o parto é constituído por intervenções, maioritariamente realizadas em grupo. Assim, em vez de “aulas” recomenda-se o uso de intervenções em grupo.

Montenegro e Resende Filho (2008) descrevem a preparação psicoprofilática para o parto, como um método de “educação” psíquica e física que visa manter o equilíbrio emocional, atenuando as dores do trabalho de parto. É um método que depende essencialmente da estrutura psíquica da parturiente. Os autores salientam que com o avanço da medicina, nos tempos atuais, torna-se difícil “convencer” as mulheres a parir sem o auxílio de métodos farmacológicos de alívio da dor.

O propósito das intervenções do programa de preparação para o parto é o de preparar as mulheres e acompanhante para o trabalho de parto e ensinar-lhes técnicas de gestão da dor durante o trabalho de parto. De entre os seus benefícios incluem o aumento da confiança para o parto entre as mulheres que frequentam o programa, a melhoria da comunicação entre a parturiente e os profissionais, a diminuição da necessidade de analgesia durante o trabalho de parto e a maior satisfação com a experiência do parto (Enkin et al., 2000).

A maioria dos programas de preparação para o parto tem seu início a partir das 28 semanas de gestação, caracterizado por duas intervenções em grupo centradas em informação sobre o trabalho de parto e parto e as técnicas de conforto e alívio da dor. E uma média de oito intervenções em grupo destinadas ao desenvolvimento das técnicas de relaxamento e conforto. Couto (2006, p. 90) descreve os seguintes objetivos do “Curso de Preparação para o parto”:

- “Proporcionar informação necessária e correta à grávida sobre a gravidez, o parto e os cuidados ao recém-nascido, proporcionando uma adaptação tranquila e eficaz à parentalidade;
- Vencer a ansiedade e o medo;
- Reduzir a percepção dolorosa com recurso a técnicas de respiração e relaxamento;
- Ensinar a fisiologia do parto e adaptações do corpo ao trabalho de parto e parto;
- Proporcionar a partilha de experiências com outras mulheres na mesma situação;
- Envolver o pai no ensino, para que possa estar próximo da grávida/parturiente em todo o processo de trabalho de parto e parto, familiarizar a grávida com os ambientes onde irá estar internada, por meio de visita à instituição hospitalar”.

Diniz e Duarte (2004) descrevem que informações sobre as fases do trabalho de parto, tipos e técnicas de relaxamento e conforto, possibilitam a tranquilidade durante todo o seu processo. As autoras remetem para os conceitos de promoção da saúde, que visam à autodeterminação, ao respeito e à dignidade da pessoa humana, quando falam da humanização do parto por meio da apreensão dos conhecimentos e do poder de decisão da mulher, do planeamento do seu próprio parto e da participação do companheiro.

Segundo Dellman (2004), as “aulas de preparação para o parto” devem encorajar os casais a clarificar as expectativas que tem um no outro, de acordo com as suas crenças, motivações e desejos. Devem fazer uma avaliação honesta dos seus sentimentos e habilidades no sentido de satisfazerem as suas necessidades. Para que assim, possam fazer uma escolha livre e informada para participarem de modo consciente e efetivo no trabalho de parto.

Alguns estudos têm tentado esclarecer se a participação em programas de preparação para o parto apresentam vantagens para a mulher e para o recém-nascido. Alguns autores concluíram nas suas pesquisas que a preparação para o parto resulta na diminuição de: partos instrumentalizados; uso de analgesia; episiotomias; cesarianas; e,

duração do trabalho de parto (Figueiredo, Costa e Pacheco, 2002; Spinelli et al., 2003; Campero et al., 2004; Maimburg et al., 2010).

Couto (2006) enfatiza que a preparação para o parto contribui na ligação da parturiente com o profissional da saúde, o que contribui para sua qualidade de vida e da criança. Domingues, Santos e Leal (2004) referem que o grau de informação recebida durante o programa de preparação para o parto tem efeito positivo no grau de satisfação com o parto pelas mulheres, contribui significativamente na sua capacidade de percepção e controlo interno e no que se refere ao seu relacionamento com o ambiente e interação com a equipa que lhe presta cuidados e, conseqüentemente, maior competência para participar no processo de decisão sempre que necessário.

1.3 Lidar com a dor de trabalho de parto: as estratégias

Muitos estudos têm-se voltado para as causas que geram a dor durante o parto. Em virtude dos avanços científicos da atualidade na área obstétrica, muitos pesquisadores têm aconselhado a utilização de métodos que possam aliviar esta dor (Sabatino, Dunn e Caldeyro-Barcia, 2000). Para Davim, Torres e Melo (2007) a percepção do estímulo doloroso pode ser reduzida por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

1.3.1 Os métodos farmacológicos

A dor do parto faz parte da própria natureza humana e ao contrário de outras experiências dolorosas não possui uma etiologia patológica e sim uma associação com uma nova experiência na vida da mulher. No entanto, para algumas delas esta dor sentida é considerada a pior ou superior ao que esperavam (Costa et al., 2003). Esta dor pode ser descrita em dois momentos. No primeiro estadio, fase de dilatação, sendo provocada pelas contrações uterinas e pela dilatação do colo do útero. E, no período expulsivo, além desses fatores, alia-se a pressão que o feto exerce nas estruturas pélvicas (Montenegro e Resende Filho, 2008). Drummond (2000) afirma que a redução dos níveis de stresse previne a hiperventilação materna e conseqüentemente alcalose respiratória, que por sua vez reduz a libertação de catecolaminas o que contribui para uma melhor perfusão placentária e menores índices de acidose fetal.

Um dos objetivos dos cuidados no trabalho de parto é a gestão da dor e para tal existem dois métodos, os farmacológicos e não farmacológicos, onde o primeiro destina-se ao alívio da sensação dolorosa através de fármacos, enquanto o outro inclui uma variedade de técnicas orientadas para melhorar as sensações físicas e psicoemocional da dor (Simkim e Klein, 2009).

Anim-Somuah, Smyth e Howell (2011) afirmam que existem vários métodos farmacológicos passíveis de usar durante o trabalho de parto. Mas, atualmente, existe consenso de que a analgesia regional com bloqueio epidural ou técnica combinada (raquidiana e epidural) deve ser empregada preferencialmente em relação ao uso de opióides sistêmicos ou analgesia inalatória. Os autores advertem que a analgesia ideal para o parto deve ter a mínima ou ausente transferência placentária, efeitos mínimos e reversíveis sobre o fluxo sanguíneo uteroplacentário, efeitos mínimos e reversíveis sobre o feto e o neonato.

A analgesia epidural é bastante difundida no tratamento da dor em diferentes fases do trabalho de parto. Tem indicação na presença de dor das parturientes, sem haver restrições em relação ao valor da dilatação do colo uterino. É realizada através da inserção de cateter no espaço epidural que permite realizar analgesia prolongada, porém sem causar o relaxamento precoce do períneo, que poderia interferir com a rotação interna e constituir fator de distocia. A analgesia pode ser realizada com a parturiente em decúbito lateral ou sentada. A punção é feita com agulha de *Tuohy* após anestesia de pele e dos tecidos subjacentes com “lidocaína” a 1 ou a 2%, entre L3 e L4 ou L2 e L3. Os agentes administrados podem ser injetados diretamente na agulha ou por cateter introduzido 3 a 4 cm no espaço epidural. Com essa finalidade adota-se a “bupivacaína a 0,5%” com vasoconstritor, 24 ml, podendo ser associada a 50 a 100 µg de “fentanil” ou 20 µg de “sufentanil” (Camano et al., 2003).

Campbell et al. (2003) descrevem como vantagens da analgesia epidural o de tornar as contrações uterinas indolores durante a progressão do trabalho de parto; facilita a avaliação do trabalho de parto; promove uma melhor colaboração da parturiente; facilita a manipulação nos partos instrumentados; ajuda as manobras de esvaziamento do útero no pós-parto e melhora a analgesia neste último período. Como efeitos secundários Munnur et al. (2003) descrevem a hipotensão, tremor, prurido, náuseas, vômitos, retenção urinária e hipertermia. Já Abrarnovitz et al. (2003) destacam como contraindicações absolutas para a analgesia epidural a recusa informada da parturiente; ausência de médico anestesista experiente; ausência de material de reanimação disponível; alergia aos

analgésicos utilizados; infecção no local da punção; coagulopatia; aumento da pressão intracraniana; instabilidade hemodinâmica, antecedentes de cirurgia com alteração no espaço epidural.

Na analgesia sistêmica os agentes mais empregados são a “meperidina” e “fentanil”. Esse método é empregado normalmente quando o bloqueio regional está contraindicado. A “meperidina” é ainda a mais utilizada, podendo ser administrada por via intramuscular (50 mg) ou intravenosa (25 mg, administrações fracionadas). Um dos seus benefícios é que para além do efeito analgésico, pode coordenar as contrações uterinas através do relaxamento das estruturas pélvicas, tornando as contrações mais regulares e eficazes (Camano et al., 2003).

Cunningham et al. (2001) ressaltam que a exposição fetal à “meperidina” é maior entre a 2.^a e a 3.^a hora após a administração do fármaco, podendo causar depressão respiratória no recém-nascido. Este efeito torna-se mais acentuado nos fetos pré-termos, com atraso de crescimento intrauterino, ou que sofreram asfixia neonatal. Dentre os efeitos secundários maternos destacam-se náuseas, vômitos, sedação, secura da boca, alucinações, depressão respiratória, hipotensão, alergia. O “fentanil” é uma droga menos problemática pois tem uma menor transferência placentária e tem um início de ação mais rápido, com efeitos secundários menos marcados (Campbell et al., 2003).

Roura et al. (2003) afirmam que, no passado, os anestésicos inalados eram administrados durante o trabalho de parto em quantidades subanestésicas para alívio da dor. Para preservar a consciência e os reflexos laríngeos, utilizava-se uma mistura de protóxido de azoto e oxigênio a 50%. Porém, devido à máscara utilizada para a anestesia causar obstrução das vias aéreas, aspiração e hipoxia, atualmente não é mais utilizada.

As técnicas locais (infiltração local e bloqueio do nervo pudendo) destacam por serem realizadas apenas quando existem a necessidade de episiotomia, episiorrafia, ou se a região perineal sofreu lacerações durante o parto. A infiltração local, que pode ser realizada pela enfermeira obstetra, inibe a sensibilidade da área perineal através da injeção de um anestésico local, como a “lidocaína. Essa técnica não atua no alívio da dor causada pelas contrações uterinas, age, antes, no “adormecimento” da área lacerada. O bloqueio do nervo pudendo também requer a administração de um anestésico local, entretanto, este deve ser administrado 15 minutos antes da necessidade da sua atuação, conferindo alívio da dor no terço inferior da vagina, na vulva e no períneo. Esse método também é utilizado durante o período expulsivo para um parto vaginal com auxílio do fórceps ou vácuo-extrator (Ricci, 2008).

1.3.2 Os métodos não farmacológicos

A Organização Mundial da Saúde afirma que os métodos não farmacológicos de alívio da dor são mais seguros e acarretam menos intervenções. Incluem massagens, movimentação livre, exercícios respiratórios e a utilização de banhos de aspersão e imersão. No entanto, ainda é preciso a realização de pesquisas científicas. No entanto, devem ser utilizadas com cautelas até que mais pesquisas esclareçam evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara (OMS, 1999).

De acordo com Silva et al. (2011), as técnicas não farmacológicas difundem-se por serem capazes de reduzir efeitos colaterais e por permitirem à mulher uma sensação de controlo durante todo o processo do parto. São consideradas práticas que contextualizam a valorização do parto fisiológico e do uso adequado das tecnologias na assistência ao parto. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor promovem em geral mais calma e mais tranquilidade para as mulheres durante as etapas do trabalho de parto. O uso dessas técnicas ajudam no vínculo da parturiente com o acompanhante e com a equipa que a assiste, facilitando a evolução do parto normal.

Nem todos os métodos não farmacológicos são capazes de provocar o alívio da dor, mas são capazes de reduzir os níveis de ansiedade e stresse da parturiente. O importante é considerar a individualidade de cada mulher e dar-lhe a oportunidade de conhecer os efeitos dos métodos para que assim possa decidir qual se ajusta a si. Atualmente, os métodos para o controlo da dor durante o trabalho de parto, são seguros, eficazes e podem ser usados individualmente ou associados. Simples e de baixo custo, as medidas não farmacológicas de alívio da dor mais utilizadas são: o apoio contínuo, a mudança de posição/deambulação, a hidroterapia, as técnicas de respiração e relaxamento, o uso de bola de Pilates, a massagem e o uso de música (Ricci, 2008).

1.3.2.1 O apoio contínuo

Antigamente, o parto acontecia fisiologicamente no domicílio da parturiente, na qual a mulher era assistida geralmente por uma parteira e acompanhada por outras mulheres, que além de prestar assistência ao parto, também fornecia apoio físico e conforto emocional. Os homens eram afastados deste processo. Após a Segunda Guerra Mundial, em virtude das altas taxas de mortalidade materna e infantil, ocorreu a

institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e inevitavelmente a sua medicalização (Tanaka, 1995).

De acordo com Kitzinger (1996), como efeito desfavorável da institucionalização do parto resultou o afastamento da família e da rede social no processo do parto. De acordo com a autora a estrutura física e as rotinas hospitalares foram planeadas para atender as necessidades dos profissionais da saúde. Assim, a maioria das mulheres passou a permanecer internada em salas coletivas, com pouca ou nenhuma privacidade, cercadas por equipamentos técnicos e assistidas por profissionais da saúde frequentemente desconhecidos com práticas baseadas em normas e rotinas, impedindo a presença de uma pessoa significativa para apoiá-las.

Somente no final do século XX, o interesse sobre o retorno do apoio durante o trabalho de parto aconteceu como uma das estratégias de humanização dos cuidados de saúde em virtude de um descontentamento das mulheres com a respectiva experiência do parto (Bruggemann, Parpinelli e Osis, 2005).

Hoje, a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto difere de acordo com o contexto social, as políticas de saúde do país e legislação. No entanto, por vezes a filosofia da maternidade é que domina diante dos direitos das parturientes. Sendo assim, mesmo diante de leis já estabelecidas, em alguns locais, essa presença é estimulada e permitida, ou, pelo contrário, não o é (Hotimsk e Alvarenga, 2002).

Enkin et al. (2005) advertem que, mesmo que o acompanhante seja uma escolha da parturiente, isto por si só não significa que o suporte dado seja efetivo. Ou seja, para que esse suporte seja adequado é preciso que esta pessoa se prepare para que possa oferecer medidas de conforto físico e emocional e outras formas de ajuda à parturiente.

De entre as atividades que o acompanhante exerce durante o trabalho de parto e o nascimento destacam-se o de permanecer ao lado da parturiente segurando a sua mão, realizando massagens para alívio da tensão muscular, auxiliando no banho e na deambulação e encorajando-a durante o período expulsivo (Tornquist, 2005). No estudo que visou avaliar os efeitos do suporte durante o trabalho de parto, Hodnett et al. (2007) apontaram como resultados uma redução da anestesia/analgesia regional, parto vaginal instrumentalizado, parto por cesariana, insatisfação ou experiência negativa do parto, duração de trabalho de parto.

1.3.2.2 Mudança de posição

Para que o trabalho de parto progrida de forma fisiológica é necessário que a mulher consiga responder positivamente as contrações uterinas e ter mobilidade pélvica para o encaixe adequado do feto de uma forma conjunta. A inadequação de um desses fatores dificultará o trabalho de parto e o nascimento (Marques, Silva e Amaral, 2011).

Gupta, Hofmeyr e Shehmar (2012) relatam que as posturas verticais são definidas como todas as posições que não são supinas, ou seja, a ortostática, sentada com e sem apoio, de quatro apoios e cócoras. Essas posições são especialmente indicadas para ajudar na descida fetal por meio da ação da gravidade. Estas posições aceleram a dilatação e não causam qualquer malefício à parturiente ou ao feto. A posição de cócoras e sentada maximiza a influência da gravidade e implica a abdução dos membros inferiores influenciando positivamente os diâmetros pélvicos, o que contribui na fase de expulsão e auxilia na correção de distocia de ombros (Romano e Lothian, 2008). Porém, Jong et al. (2007) alerta que a posição sentada em superfícies duras (ex. banquinho), aumenta o risco de hemorragia pós-parto, por causar maior estase sanguínea do períneo. No que se refere à posição lateralizada, esta promove a assimetria dos estreitos da pelve, ocasionando uma maior taxa de períneo intactos, uma vez que esta posição facilita a descida da apresentação fetal através do aumento da amplitude no estreito inferior (Shorten, Donsante e Shorten, 2002). Já a posição de quatro apoios (“gatas”), possibilita uma maior oxigenação fetal, através da distribuição do peso do feto na região púbis/ventre aliviando a pressão sobre a aorta e a veia cava. Com isso, favorece a rotação da apresentação fetal, facilitando a sua progressão no canal do parto, melhorando a oxigenação fetal e contribuindo para a obtenção de uma percepção menor de dor (Romano e Lothian, 2008).

Para Ferreira (2011), a pelve tem efeito direto através do seu ângulo de inclinação nas forças que atuam na musculatura do assoalho pélvico, de forma que os exercícios de mobilidade pélvica possam possibilitar uma melhor distribuição das forças sobre esta musculatura, principalmente nas posições verticais. Em seu estudo, Mamede et al. (2007) concluíram que realizar mudanças de posições e manter-se em movimento traz mais benefícios para a parturiente e para o feto, pois o útero contrai-se mais eficazmente, o fluxo uteroplacentário é mais abundante, o trabalho de parto torna-se mais curto e a dor é percebida como menos intensa. Barbosa (2009) acrescenta que a mulher ao assumir a

posição vertical melhora a ventilação pulmonar e o equilíbrio ácido-base materno-fetal, resultando numa duração do trabalho de parto mais curta.

A posição que a mulher adota durante o trabalho de parto, pode afetar as adaptações anatómicas e fisiológicas, podendo assim contribuir ou dificultar o processo do trabalho de parto, dependendo de que postura a mesma assuma. A posição vertical foi usada e preferida desde a antiguidade, para possibilitar menos dor durante o trabalho de parto, diminuir o tempo do trabalho de parto e do parto, melhorar a contratilidade uterina e oferece mais conforto às parturientes e assegura as trocas materno-feto-placentárias, diminuindo o risco de sofrimento fetal (Mamede et al., 2004). Há controvérsias em relação à posição mais adequada na primeira fase do trabalho de parto. Para Sousa et al. (2006), a adoção da posição vertical ou deambulação durante o primeiro estadio do trabalho de parto pode ser seguro, mas considerando as evidências disponíveis e sua consistência, não pode ser recomendado como uma intervenção eficaz para reduzir a sua duração.

Brasil (2001) afirma que realizar mudança de posição frequentemente (a cada 30 minutos), sentando-se, caminhando, ajoelhando-se, ficando de pé, deitando-se, ficando “de quatro” têm como benefícios o alívio da dor, acelerar o trabalho de parto, facilitar a atividade e a eficiência da contratilidade uterina, facilitar a rotação fetal favorável, e promover conforto materno.

Piotrowski (2000) afirma que de entre as potenciais vantagens da deambulação durante o trabalho de parto incluem o aumento da atividade uterina, promove a distração da parturiente contribuindo para alívio do desconforto, reforça o controlo materno sobre o trabalho de parto e promove a interação mais próxima com o parceiro da parturiente e com os profissionais.

Num ensaio clínico randomizado realizado por Porto, Amorim e Souza (2010), que compararam parturientes sob analgesia epidural com ou sem livre deambulação, obtiveram como resultados que a deambulação deve ser permitida e encorajada em parturientes que receberam analgesia epidural ou combinada, uma vez que a deambulação não demonstrou impacto na duração do trabalho de parto, mas foi associada com redução na necessidade de uso de “ocitocina” e “bupivacaína”.

Para Hofmeyr (2005), não há uma posição universalmente aceite e perfeita para todas as parturientes. No entanto, a posição de repouso em leito é a mais conveniente para a equipa que assiste as mulheres em trabalho de parto, uma vez que essa posição é

adequada para os procedimentos obstétricos, apesar de a maioria das parturientes preferirem deambularem particularmente na fase de trabalho de parto.

1.3.2.3 Uso de técnicas de respiração e relaxamento

O método de respiração tem como protagonistas Read e Lamaze, e visa construir um novo reflexo condicionado à parturiente: respiração-relaxamento no momento da contração uterina. Desviando a atenção para a respiração consciente, permite que a parturiente se distraia das dores e das contrações uterinas e passe a se concentrar na respiração e relaxamento (Nilsen, 2009).

A circular normativa N.º 2/2006 da ARS Norte de 24/02/2006 caracteriza as técnicas de respiração como um princípio fundamental da preparação para o parto por meio do método psicofilático. Para além destas técnicas, o método também inclui a preparação psicológica da mulher e a descontração muscular.

Para Baracho (2007) o exercício respiratório é relevante ao psíquico que, ao lado do relaxamento, constitui um excelente recurso para diminuição da tensão da parturiente.

Os exercícios respiratórios durante as contrações uterinas são comumente usados para o alívio da dor durante o trabalho de parto. A mais adequada no trabalho de parto é a respiração diafragmática ou profunda. É assim chamada porque expande o diafragma e leva o ar rico em oxigénio até ao abdómen. Através desta técnica é possível aumentar a capacidade volumétrica dos pulmões em mais do dobro. Logo em seguida, expira lentamente, contraindo os músculos abdominais, tendo os lábios em posição semi-cerrados. Sabe-se que a respiração abdominal traz calma interior, relaxamento e aquecimento periférico. É considerada a forma mais saudável de respiração e é uma das formas mais simples e mais efetiva das técnicas de gestão do stresse (Van Dixhoorn, 1997). Durante o período expulsivo, a parturiente respira fundo e realiza uma apneia, fazendo força para expulsar o bebé relaxando a musculatura perineal (Mazzali e Gonçalves, 2008).

De acordo com Ferreira (2011), é importante sempre avaliar a respiração da parturiente, esta deverá obedecer um padrão fisiológico, ou seja, de forma lenta, principalmente nos momentos de contração, dando uma pausa momentânea entre a inspiração e a expiração. A parturiente com uma respiração curta e acelerada pode ter uma hiperventilação que tem repercussões negativas para ela e o bebé, uma vez que com

essa respiração ocorre uma hipocapnia, isto é, a diminuição do teor de dióxido de carbono tendo assim uma alcalose respiratória materna.

Por seu turno, Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999) defendem que o principal objetivo de ensinar técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios é o de auxiliar a mulher a controlar a dor de trabalho de parto

Correia (2011) desenvolveu um estudo que objetivava caracterizar a percepção das puérperas sobre os contributos do método psicoprofilático para o trabalho de parto, tendo concluído que as técnicas de respiração e relaxamento, ajudaram no controlo da dor, da ansiedade e do medo. As participantes do estudo associaram como principais fatores facilitadores para o uso das técnicas de respiração e relaxamento: o melhor conhecimento do seu corpo e a presença de profissionais com experiência. Ainda como achados obteve que a preparação para o parto pelo método psicoprofilático ajuda na aquisição de conhecimentos sobre a gravidez, descrevendo os sinais de início de trabalho de parto e a aprendizagem dos diversos tipos de respiração, como sendo fundamentais para conseguir dominar o corpo e aplicar o que aprenderam no período expulsivo.

No estudo em que abordavam as técnicas psicoprofiláticas, Cunha et al. (2010) afirmaram que esse método auxiliava no alívio da dor no trabalho de parto e apresentam repercussões positivas na mulher. Já Bergström, Kieler e Waldenström (2010) revelam que o uso destas técnicas durante o trabalho de parto foram associadas com um menor risco de cesariana de emergência, no entanto o método não afeta a experiência do parto.

1.3.2.4 Uso de água: imersão/duche

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e a redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. A aplicação terapêutica desse recurso requer que a temperatura da água esteja entre 37 a 38°C, sendo necessário a permanência no mínimo de 20 minutos com duche sobre a região dolorosa ou por meio de imersão (Gallo et al., 2011). Esta pode reduzir a ansiedade através da redução na libertação de catecolaminas, ocasionando a elevação de endorfinas endógenas, causando relaxamento dos músculos. Além de promover a flutuação na água, que diminui a pressão nos membros e articulações, permite a liberdade de movimentos (Cluett et al., 2007).

Para Sousa e Hortense (2004), a hidroterapia trata-se de uma técnica não invasiva de estimulação cutânea com calor superficial que associada a intensidade e ao tempo de

aplicação, produz efeito local, regional e geral e dessa forma apresenta-se como um tratamento complementar para a prática obstétrica, promovendo a sensação de relaxamento e de alívio da dor. Contudo, a Organização Mundial da Saúde caracteriza o uso de água em banhos de aspersão e imersão como os de classificação C, ou seja, práticas das quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a sua eficácia para que seja uma prática segura (OMS, 1996).

Alguns estudos já foram realizados na tentativa de esclarecer os benefícios da utilização deste método não farmacológico para alívio da dor. Gayneski e Bruggemann (2010), numa revisão sistemática, concluíram que o banho de imersão deve ser iniciado após 3 cm de dilatação, para não prolongar o trabalho de parto e prejudicar os resultados neonatais. Cluett e Burns (2010) associaram a imersão na água com a redução no uso de analgesia e a redução no relato de dor, sem prejudicar a duração do trabalho de parto e as taxas de partos cirúrgicos. Essa técnica utilizada durante o período expulsivo aumenta o registo de satisfação por parte das parturientes no que diz respeito aos esforços expulsivos. No estudo de Mazoni, Faria e Manfredo (2008), que procurava identificar a segurança da aplicação da hidroterapia durante o trabalho de parto, verificou-se que não foram identificadas alterações clínicas nem obstétricas que conduzissem à apresentação de efeitos adversos como hipotermia, hipertermia, taquicardia fetal, alterações de pressão arterial, de pulso e de frequência respiratória.

Alguns estudos procuraram averiguar a eficiência do uso da água por meio de duche/chuveiro durante o trabalho de parto. Galvão, Davim e Torres (2009) num ensaio clínico quantitativo do tipo pré/pós intervenção no qual se objetivou avaliar a efetividade do chuveiro como estratégia não farmacológica na redução da dor na parturiente aplicadas na fase ativa do trabalho de parto, numa amostra de 100 mulheres, concluíram que o banho de chuveiro é uma técnica efetiva no alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto. O uso de água no chuveiro também foi avaliado nos estudos de Mamede et al. (2007) e Davim et al. (2007), e, em ambos, a água foi oferecida em temperatura ambiente e o tempo de imersão permaneceu a critério das participantes. Após a aplicação do método, as participantes foram avaliadas sobre a intensidade da dor por meio da escala analógica visual. Os dois estudos chegaram à mesma conclusão: o uso da água denota significativamente o alívio da dor durante os 8 e 9 cm de dilatação cervical.

1.3.2.5 Uso da bola de Pilates

A bola obstétrica, ou *birth ball*, também conhecida como bola suíça, bola de Pilates, é feita de material siliconado, que segundo a Organização Mundial da Saúde é classificada como um método não farmacológico de alívio da dor e possui evidências claras de ser benéfica no processo do trabalho de parto, sendo portanto encorajado o seu uso (Brasil, 2001). No entanto, Gallo et al. (2011) advertem que a sua utilização pela parturiente sem supervisão e orientação de um profissional da saúde pode provocar quedas.

O uso da bola de Pilates teve seus primeiros registros na década de 80 do século passado, numa maternidade na Alemanha. Era utilizada com intuito de auxiliar na progressão do trabalho de parto. As equipas que acompanhavam as parturientes acreditavam que a utilização desse método ajudavam na descida e na rotação da apresentação fetal e contribuía na liberdade de movimentos (Perez, 2000).

O uso de bola obstétrica e da água no chuveiro foram estudados por Davim et al. (2007) e Silva et al. (2010). Os resultados dos estudos permitiram concluir que esses métodos são considerados eficazes e benéficos durante o trabalho de parto, por reduzirem a dor, proporcionando conforto e relaxamento. Num estudo recente, Gradíssimo (2014), que avaliou as vivências da parturiente relativamente ao uso das medidas não farmacológicas de alívio da dor/desconforto (bola de Pilates e o uso de música) durante o trabalho de parto, verificou que a utilização destes métodos contribuiu para uma experiência inovadora e positiva, identificando vantagens como o alívio da dor e aumento do conforto e um maior relaxamento, calma/tranquilidade e abstração.

A evidência disponível sobre a utilização da bola de Pilates assim como sua eficácia e suas diretrizes são escassas. Silva (2010), num estudo que tinha por objetivo caracterizar o uso da bola obstétrica na assistência à mulher durante o trabalho de parto em 35 maternidades públicas de São Paulo, obteve como resultados que a utilização desta técnica foi diagnosticada em 100% dos Centros de Parto Normal e em 40,9% dos Centros Obstétricos. Foi observado também que 77,5% das enfermeiras orientaram a mulher a permanecer uma hora fazendo exercícios; 34,8% indicaram a bola para auxiliar na descida e no encaixe da apresentação fetal; 37,8% afirmaram que a existência de uma intercorrência obstétrica é a principal causa para contraindicar o seu uso; 87,1% orientaram o uso da bola associado à outra prática não farmacológica, sendo a mais associada o banho de aspersão com 54,6%. Quanto aos movimentos e posições orientadas

às parturientes no uso da bola 36,5% referem-se à posição sentada com apoio; 31,8% aos movimentos de propulsão (baixa e levanta); 30,5% aos movimentos rotatórios com o quadril e 1,2% às posições ajoelhada e apoiada com o tronco sobre a bola. Através destes dados a autora concluiu que as diretrizes para o uso da bola suíça como instrumento de incentivo à mobilidade e prática de conforto durante o trabalho de parto não estão bem estabelecidas, embora seu uso seja prevalente em ambientes voltados à normalidade do parto e nascimento, como os Centros de Parto Normal no Brasil.

1.3.2.6 Uso de massagem

Caracteriza-se pela estimulação sensorial através do toque e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, tem um efeito positivo de promover alívio de dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente. De entre os seus benefícios destaca-se o promover o relaxamento, contribuir para a melhoria do fluxo uteroplacentário e diminuir o stresse emocional (Simkin e Bolding, 2004).

Kimber et al. (2008), num estudo que visou avaliar o efeito da massagem e musicoterapia durante o processo do parto através de treinamento dos acompanhantes durante o pré-natal, concluíram que não houve uma redução significativa da dor nem na duração do trabalho de parto, analgesia epidural, taxa de cesariana e partos instrumentalizados. No entanto, as parturientes que receberam a massagem e musicoterapia apresentaram uma percepção mais positiva do trabalho de parto e maior percepção de autocontrolo. A massagem lombo sagrada, os exercícios respiratórios e o relaxamento muscular foram consideradas, no estudo de Davim et al. (2007), como técnicas efetivas na promoção do conforto físico e as posturas variadas ao longo do trabalho de parto e a utilização de música também minimizam o desconforto durante o processo. Já no estudo de Chang, Chen e Huang (2006), com 60 primíparas em trabalho de parto, que comparou a eficácia da técnica de massagem durante a contração uterina nas três fases da dilatação cervical: primeira (3 a 4 cm), segunda (5 a 7 cm) e terceira (8 a 10 cm), sendo que no primeiro momento a massagem era feita pelos investigadores e em seguida pelo acompanhante da parturiente, foi observado que a massagem pode reduzir efetivamente a intensidade da dor nas duas primeiras fases da dilatação cervical.

1.3.2.7 *Uso de música*

A música apresenta um efeito terapêutico. É considerada uma atividade de prazer, contribui para a mudança do foco de atenção da parturiente: o que antes era voltado para a dor, ansiedade e medo passa a ser voltado para algo prazeroso (Hatem, 2005). Updike (1990) clarifica que a música consegue desencadear respostas fisiológicas através da libertação de neurotransmissores por meio de ressonância com ondas cerebrais.

Contudo é importante frisar a diferença entre musicoterapia e a utilização de música como método facilitador da técnica de distração. Por musicoterapia, entende-se por um processo multidisciplinar sistemático de intervenção feita pelo musicoterapeuta com a finalidade de atingir um objetivo (Silva et al., 2008). A música como efeito terapêutico, também chamada de música terapêutica, é um recurso tecnológico que pode ser utilizado por enfermeiros, visando o equilíbrio, bem-estar, conforto, ampliação da consciência do processo saúde-doença (Bergold, 2005). No estudo de Bergold e Titonelli (2009), os autores concluíram que o uso da música como um recurso para os cuidados aos clientes potencializa o bem-estar, é efetivo como medida de conforto, contribui na expressão das emoções sentidas e na interação entre os profissionais da saúde e o cliente.

Nóbrega e Sousa (2013), numa revisão integrativa da literatura, tiveram como achados que a música terapêutica na assistência de enfermagem tem efeitos positivos, uma vez que colabora na redução da pressão arterial, auxilia no relaxamento muscular e na diminuição da dor. Gonçalves (2004), na sua pesquisa de campo experimental piloto, numa amostra de seis parturientes primigestas e que tiveram parto vaginal, onde no grupo de intervenção recebeu musicoterapia durante o trabalho de parto, concluíram que o grupo experimental relatou eficácia da música no período de dilatação e no expulsivo. Verificaram também que a presença de um profissional da área auxilia na diminuição do medo, ansiedade, da dor.

Tabarro et al. (2010), num estudo que visava descrever os efeitos da música, individualmente selecionada, no trabalho de parto de 27 parturientes que participaram de pelo menos cinco sessões de sensibilização musical, verificaram que a música minimizou os desconfortos percebidos durante o trabalho de parto.

Neto (2006) afirma que o profissional de enfermagem deve aconselhar a grávida a preparar-se para o parto com música, uma vez que essa prática ajuda a relaxar e tem efeito positivo na interação mãe-bebê. Rosa (2010) acrescenta que, para os profissionais da enfermagem, os métodos não farmacológicos (MNFs) para alívio da dor no trabalho

de parto possibilitam um momento único e com ausência de sofrimento. Para a mulher e sua família, tanto a equipe de saúde como os MNFs proporcionam a participação do casal durante esse processo, diminuindo a tensão e o stress e, consequentemente, reduzindo a dor, proporcionando o vínculo entre eles, tornando o processo satisfatório na construção afetiva da família e de uma sociedade mais equilibrada.

Tendo em mente os benefícios clínicos das estratégias de alívio da dor, deverá ser levado em consideração que o fator mais importante no sucesso das estratégias é a convicção das parturientes na influência destes métodos sobre si e sobre o trabalho de parto e a ajuda que recebem para adaptarem-se conforme o trabalho de parto vai progredindo (Klomp et al., 2012).

Para Sartori et al. (2011), os resultados positivos da aplicação das estratégias não farmacológicas durante o trabalho de parto podem ser intensificadas se estas forem associadas e implementadas durante o acompanhamento pré-natal. Para os autores, neste período, a gestante pode familiarizar-se com diferentes estratégias, compreender a aplicação das mesmas e analisar a opção pelo método que melhor se adapte a si. Assim, os profissionais da saúde poderão estabelecer vínculo de maior aproximação com a gestante, favorecendo a relação cliente/profissional da saúde. De entre os desafios encontrados pelos profissionais da saúde da área de obstetrícia, podemos destacar o de manter a fisiologia natural do trabalho de parto, o de desvendar verdadeiramente a eficácia do uso métodos não farmacológicos de alívio da dor e o de tornar a parturiente e significativo participantes ativos no processo de trabalho de parto (Primeau, Lucet e Crotty, 2003).

CAPÍTULO 2: DAS OPÇÕES METODOLÓGICAS

Nesta segunda parte do relatório procedemos à justificação e pertinência do estudo, evoluindo para a apresentação das opções metodológicas: tipo de estudo, população e amostra, instrumento e procedimentos adotados para a recolha de dados variáveis do estudo e tratamento de dados. Por fim, abordamos os aspetos éticos inerentes ao estudo.

2 Material e métodos

Os enfermeiros necessitam desenvolver o conhecimento que fundamente os cuidados que prestam (Martins, 2008). Os resultados da investigação são essenciais para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas para prestar os melhores cuidados aos clientes. Assim, assume-se que a pesquisa em Enfermagem fornece uma base de conhecimento científico que fortalece a disciplina e a profissão, favorecendo a conceção e a implementação de programas inovadores que façam a real diferença no estado de saúde dos clientes (Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

A fase metodológica reporta-se à definição dos meios e das atividades próprias para responder às questões de investigação. No decurso desta fase, a atenção do investigador, é dirigida, principalmente, para o desenho de investigação, a escolha da população e das estratégias de recolha dos dados (Fortin, 2009).

Este estudo toma como objeto o impacto da preparação para o parto no trabalho de parto enquanto processo fisiológico.

O parto representa um marco na vida da mulher, repercutindo-se profundamente no plano físico, emocional e social (Lopes et al., 2005). Porém, essa experiência é muitas vezes pautada por emoções negativas, a maior parte delas derivadas da dor percebida durante o trabalho de parto, onde as contrações uterinas aumentam de intensidade e a dilatação se torna maior, acarretando sentimentos como medo do parto e a ansiedade

(Oliveira et al., 2010). Storksén et al. (2012) afirmam que o medo e a ansiedade ativam uma resposta de stress hormonal nas mulheres durante o trabalho de parto que pode resultar num parto distócico e/ou trabalho de parto prolongado. A dor é uma das dimensões mais preponderantes da experiência de parto, que a maior parte das mulheres espera vir a sentir (McDermott e Mey, 2000).

Nesta perspetiva, o estudo que apresentamos a seguir pretende perceber se as mulheres que frequentam um Programa de Preparação para o Parto concebidos e implementados por EESMO mobilizam os conhecimentos e as habilidades adquiridas para lidarem com o trabalho de parto e qual o seu impacto. As questões de partida que norteiam este estudo são: quais os ganhos em saúde resultantes do programa de preparação para o parto? De que forma os conhecimentos e as habilidades adquiridas no programa de preparação para o parto influenciam no processo do trabalho de parto?

2.1 Finalidade

Este estudo tem como finalidade contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem através do aumento do conhecimento sobre a efetividade dos programas de preparação para o parto concebidos e implementados por EESMO no trabalho de parto.

2.1.1 Objetivos

Os objetivos orientadores do estudo são:

- Conhecer se a preparação para o parto influencia a chegada à maternidade numa fase mais avançada de trabalho de parto;
- Conhecer se a preparação para o parto influencia a perceção da experiência do parto.
- Caracterizar o recurso a técnicas facilitadoras do trabalho de parto;
- Caracterizar o nível de dor percebido pela mulher durante o trabalho de parto e a sua relação com a preparação para o parto;
- Conhecer se o recurso a técnicas, de relaxamento e conforto, aprendidas durante a preparação para o parto contribuem para o alívio da dor;

- Conhecer se a preparação para o parto influencia o solicitar de analgesia epidural mais tardiamente por parte das mulheres;
- Conhecer se o recurso a técnicas de relaxamento e conforto influencia a duração do trabalho de parto;
- Conhecer se a preparação para o parto influencia o tipo de parto;
- Conhecer se a preparação para o parto influencia a existência de traumatismo perineal;

2.2 Tipo de Estudo

O estudo assume uma abordagem quantitativa da realidade caracterizando-se por ser um estudo do tipo observacional-descritivo, transversal e correlacional.

Aragão (2011) considera que a escolha de uma determinada abordagem na tentativa de prover uma resposta a um dado problema ou hipótese deve levar sempre em consideração a realidade do pesquisador, os recursos disponíveis e a aplicabilidade destes resultados no campo prático.

Os estudos observacionais-descritivos fornecem informação acerca da população em estudo. Considera-se transversal quando o seu foco é geralmente um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num período de tempo determinado (Ribeiro, 2010). De entre as vantagens dos estudos descritivos destacam-se o facto de serem de baixo custo, fácil exequibilidade e a rapidez com que se consegue o retorno dos dados obtidos. As desvantagens derivam das restrições das análises inferidas (Coutinho et al., 2008).

Lobiondo-Wood e Haber (2001) caracterizam um estudo correlacional como aquele em que o investigador examina a relação entre duas ou mais variáveis. O maior interesse neste tipo de estudo é quantificar a força da relação entre as variáveis. É um método eficiente e capaz de coletar uma grande quantidade de dados a respeito de um problema.

2.3 População e Amostra

Para a realização deste estudo, optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência, utilizando-se os critérios de escolha intencional acima mencionados para determinação da população. A amostragem de conveniência corresponde à seleção das

peças ou objetos mais prontamente acessíveis como sujeitos de pesquisa num estudo, facilitando o processo do investigador (Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

A população em estudo é constituída por puérperas, nas primeiras 48 horas após o parto de recém-nascido vivo, primíparas, que falem língua portuguesa e cujo trabalho de parto e parto tenham ocorrido nas maternidades do Centro Hospitalar de S. João e no Hospital Pedro Hispano. Foram definidos como critérios de exclusão, as puérperas que: foram submetidas a cesariana programada; foram submetidas a cesariana de emergência com \leq 4cm de dilatação cervical; e, que tenham tido parto gemelar ou múltiplo.

Durante a abordagem das participantes verificou-se uma fácil adesão ao estudo, sendo que apenas três mulheres se recusaram a participar na pesquisa. Os motivos da recusa foram: uma referiu como motivo o facto de o trabalho de parto e parto ser um assunto doloroso para ser relatado, tanto por ter sido uma experiência negativa como pela sua fragilidade emocional por o bebé permanecer na neonatologia; as outras duas mulheres refeririam que não estavam, no momento em que foram abordadas, com disposição para participar do estudo.

2.4 Instrumento de recolha de dados

O instrumento escolhido para a recolha dos dados foi um formulário (Anexo 1) criado especificamente para o efeito, o qual possibilitou a interação entre o entrevistador e o entrevistado. O formulário constitui o guião estruturado da entrevista. O formulário constitui uma técnica de recolha de dados em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas e regista as respostas (Gil, 2002). A esse propósito, Marconi e Lakatos (2003) referem que o formulário permite o contacto direto entre o pesquisador e o entrevistado, sendo o roteiro preenchido pelo pesquisador no momento da entrevista.

De entre as vantagens do formulário destacam-se o de ser utilizado em todos os segmentos da população; a presença do pesquisador favorecer o esclarecimento de eventuais dúvidas; possuir flexibilidade para se ajustar às necessidades da situação; conseguir extrair dados complexos; e, possibilitar a uniformidade nos símbolos utilizados no momento do preenchimento. Em contrapartida, oferece menos liberdade nas respostas, devido ao contacto com o entrevistador; apresenta risco de viés por parte do entrevistador, que por vezes, dá pouco tempo para os entrevistados pensarem na resposta; e, o

informante pode ter insegurança nas respostas devido à falta de anonimato (Oliveira, 2003).

Após a construção do formulário importa analisar a sua efetividade na recolha de dados, com o intuito de se verificar se o vocabulário/linguagem se apresenta acessível e se está claro o significado de cada questão (Coutinho, 2013). Para além disso, importa assegurar-se que possibilita aceder às variáveis que se pretendem medir.

O pré-teste foi realizado junto de duas puérperas as características definidas para a amostra, tal como recomendam Marconi e Lakatos (2003).

Nestas entrevistas pretendeu-se averiguar a facilidade da compreensão das questões por parte das puérperas, da fluidez na sequência das questões, a agilidade no registo das respostas e definir os procedimentos para a sua aplicação. Apesar de serem apenas duas as puérperas que contribuíram para este pré-teste, as suas observações e comentários foram o necessário para ajustar a estrutura e conteúdo do instrumento.

O formulário concebido foi estruturado em quatro partes:

- **Parte I** – Aborda o perfil sociodemográfico das participantes do estudo. Contém dados de identificação e os dados sociais, obtidos diretamente com a participante durante a entrevista.

- **Parte II**- Aborda informações sobre os dados obstétricos e clínicos. Aqui serão obtidos dados sobre os antecedentes pessoais e obstétricos e sobre a vigilância pré-natal (local e número de consultas).

- **Parte III**- Refere-se aos dados sobre o trabalho de parto e parto. Esta parte é composta na sua maioria por perguntas fechadas. Para melhor avaliar a variável duração do trabalho de parto, os dados, relativos a: hora de trabalho de parto; hora real; dilatação (cm); extinção do colo do útero (%), foram registados numa tabela construída para o efeito. A intensidade de dor foi medida através da aplicação de duas escalas visuais de dor: a numérica (zero a dez) e a analógica (faces).

O acesso aos dados obstétricos e clínicos (Parte II) e dados do parto (Parte III) foi feito através do processo clínico nos sistemas de informação em uso e realizado, única e exclusivamente, pelos profissionais da saúde das respetivas instituições hospitalares que asseguravam os cuidados às puérperas que participaram no estudo. Após esses profissionais recolherem as informações do processo clínico, os mesmos passavam tais informações para a investigadora principal.

- **Parte IV**- Esta última parte é caracterizada por questões que têm como objetivo obter informação sobre o programa de preparação para o parto frequentado pela

participante. Possui perguntas abertas e fechadas. No momento da recolha de dados, procurava-se conhecer quais as técnicas de relaxamento e conforto aprendidas no durante a preparação para o parto a que as participantes recorreram durante o trabalho de parto e a eficácia percebida no alívio da dor.

A recolha de dados decorreu entre fevereiro e maio de 2014.

2.5 Variáveis do Estudo

Para a caracterização da amostra do estudo, definimos variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas, relativas ao TP e parto, relativas à preparação para o parto e relativas à intensidade da dor:

- Sociodemográficas: idade, estado civil, escolaridade, atividade profissional, rendimento familiar. Foram, também, definidas variáveis:

- Obstétricas e clínicas: número de gestações; paridade; aborto; DUM; IG; antecedentes pessoais; antecedentes obstétricos; local de vigilância pré-natal; número de consultas pré-natais;

- Relativas ao trabalho de parto e parto: data/hora; local do parto; início de trabalho de parto; uso de ocitocina; valor da dilatação na admissão na maternidade; ida à maternidade; tipo de parto; episiotomia; laceração; epidural; dilatação/horas de trabalho de parto durante a administração da analgesia epidural; rotura de membranas; características do líquido amniótico; dilatação/extinção cervical; número de horas de duração do trabalho de parto.

- Relativas à preparação para o parto: se frequentou programa de preparação para o parto; motivação; local; se usufruiu de intervenções em grupo, “teóricas” sobre trabalho de parto e técnicas de relaxamento/conforto; se usufruiu de intervenções “práticas”; se teve oportunidade para treinar técnicas de relaxamento a usar durante o trabalho de parto; e, a eficácia destas técnicas no alívio da dor e efeito na experiência de parto.

Para avaliar a intensidade de dor durante o trabalho de parto e parto, nas suas diferentes fases, como já referido, aplicou-se uma Escala Visual Numérica (EVN) e uma Escala Visual Analógica (EVA). A escolha por realizar a associação das duas escalas teve por fundamento a necessidade de relacionar o nível da dor de forma numérica com a escolha da expressão que melhor descrevia a dor percebida. O maior objetivo para a

associação destas duas escalas foi o de adquirir um resultado o mais fidedigno possível e no pré-teste pareceu ser a forma preferida pelas puérperas.

Os instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais. Dentre as escalas unidimensionais mais utilizadas está a Escala Visual Numérica (EVN) que é caracterizada por ser graduada de zero a dez, no qual zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável, e a Escala Visual Analógica (EVA), consiste em uma linha reta, não enumerada, indicando-se em uma extremidades marcação de “ausência de dor” e na outra “Pior dor imaginável” utilizando-se figuras de faces de adulto. Ambas as escalas avaliam somente uma das dimensões da experiência dolorosa e têm a vantagem de facilitar o contacto do “entrevistador” com o “entrevistado” ao compartilhar-se a intensidade da dor e de fornecer ao participante do estudo um instrumento passível de ser compreendido por ele.

As características das diversas variáveis são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição das variáveis do estudo

Designação	Tipo	Unidade de medida	Variável recodificada
Idade	Contínua	Anos completos	Mais novas (≤ 29 anos) Mais velhas (≥ 30 anos)
Estado civil	Nominal	-	Solteira Separada Divorciada Casada União de facto
Escolaridade	Ordinal	-	Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior
Atividade Profissional	Nominal	-	Trabalhadora ativa Desempregada
Rendimento Familiar	Ordinal	< 1 salário 1-4 salários > 4 salários	-
Local de Vigilância Pré-Natal	Nominal	-	Público Privado Público+Privado Sem Vigilância
Número de Consultas de Pré-Natal	Ordinal	-	≤ 6 consultas 7-10 consultas ≥ 10 consultas
Início de Trabalho de Parto	Nominal	Espontâneo Induzido	-
Utilização de Ocitocina	Nominal Dicotómica	Sim Não	-
Admissão	Nominal	-	Fase latente Fase ativa
Ida à Maternidade na Admissão	Ordinal	-	1. ^a vez 2. ^a ou mais
Tipo de Parto	Nominal	Eutócico/Ventosa/Fórceps/Cesariana	Vaginal Cesariana
Episiotomia	Nominal Dicotómica	Sim Não	

Laceração	Nominal	Ausente Presente	-
Epidural	Nominal Dicotômica	Sim Não	-
Duração do Trabalho de Parto	Contínua	-	Até 9 horas \geq 10 horas
Preparação Para o Parto	Nominal Dicotômica	Sim Não	-
Técnicas de Relaxamento e Conforto	Nominal Dicotômica	Sim Não	-
Uso de massagem	Nominal Dicotômica	Sim Não	-
Uso da bola de Pilates	Nominal Dicotômica	Sim Não	-
Uso de duche/banho de imersão	Nominal Dicotômica	Sim Não	-
Deambulação	Nominal Dicotômica	Sim Não	-
Ouvir música	Nominal Dicotômica	Sim Não	-
Mudança de posição	Nominal Dicotômica	Sim Não	-
Uso da respiração	Nominal Dicotômica	Sim Não	-
Nível de Dor	Contínua	-	≤ 3 4-7 ≥ 8
Experiência de Parto	Nominal	Positiva Negativa	-

2.6 Procedimento de Recolha dos Dados

A apresentação do estudo às participantes foi realizada pela investigadora principal, após a apresentação formal da investigadora por parte da enfermeira do serviço e a entrega de uma folha de informação sobre o estudo à participante acerca do estudo (Anexo 2). Este documento apresentava de uma forma sucinta os objetivos da pesquisa em questão e a sua finalidade, a importância da participação da mulher, frisando o seu direito de recusa e garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados. Às puérperas que aceitaram participar da pesquisa foi pedido a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3).

A abordagem das puérperas foi feita semanalmente nos dois hospitais, nos pisos da Clínica da Mulher: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia: Internamento de Obstetrícia do Centro Hospitalar São João e no Serviço de Internamento de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano. Ressalta-se que, durante a abordagem de todas as participantes envolvidas no estudo, foi respeitada a sua disponibilidade ou

indisponibilidade no momento para participar, aguardando-se, se apropriado, por um momento mais adequado para a aplicação do formulário.

Marconi e Lakatos (2003) enfatizam que a preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da investigação que requer tempo e exige alguns cuidados, destacando-se entre eles: o planeamento da entrevista, que deve ter em vista o objetivo a ser alcançado, a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista, as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado a confidencialidade das respostas e da sua identidade e, por fim, a preparação específica que consiste em organizar o roteiro ou formulário com as questões importantes.

Os métodos usados para recolher informações sobre os sujeitos da pesquisa, são operações identificáveis e repetíveis que definem as principais variáveis que estão sendo estudadas (Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

2.7 Tratamento dos Dados

Neste estudo, utilizamos uma abordagem quantitativa na análise dos dados, pelo que se recorreu ao programa de tratamento de dados estatísticos IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 21.

Na análise dos dados recorreremos à estatística descritiva, para a descrição das variáveis e à estatística inferencial para o estudo das suas relações. Para sustentar a decisão da escolha da estatística paramétrica ou não paramétrica para a análise inferencial, procedemos ao estudo das características da distribuição amostral como discutiremos a seguir.

Foi construída uma base de dados e após a inserção dos dados recolhidos procedemos aos testes estatísticos necessários para dar respostas às questões do estudo.

A análise de dados quantitativos constitui-se em um trabalho que propicia que a informação que não pode ser diretamente visualizada a partir de uma massa de dados poderá sê-lo se tais dados forem submetidos a algum tipo de transformação que permita uma observação de um outro ponto de vista.

Relativamente à estatística descritiva, como medidas estatísticas usaremos:

- Frequências: Absolutas (N); Percentuais (%).
- Medidas de tendência central: Média (\bar{X}).
- Medidas de dispersão: Desvio padrão (DP).

Para a análise das relações entre as variáveis em estudo recorremos a testes de significância estatísticas, tendo por base as suas características métricas. Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior ou igual a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor. Foi utilizada a estatística inferencial com os seguintes níveis de significância:

- $p > 0,05$ – não significativo
- $p < 0,05$ – significativo
- $p < 0,01$ – bastante significativo
- $p < 0,001$ – altamente significativo

No que se refere à estatística inferencial, a escolha pelo tipo de testes foi fundamentada essencialmente em dois pressupostos: (1) tipo de variável em análise – variáveis nominais exigem testes não paramétricos e as intervalares podem ser sujeitas a testes paramétricos desde que observadas as condições de realização do teste específico; (2) análise da normalidade e da homogeneidade de variâncias – verificou-se que a distribuição não é normal e que os grupos não são homogêneos nas variáveis contínuas usadas nos testes de análise das diferenças entre grupos através do teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov*. Assim, o teste usado para analisar a diferença entre os dois grupos foi o teste U de *Mann-Whitney* e para analisar a diferença entre três ou mais grupos recorreu-se ao *Kruskal-Wallis*.

Para analisar a associação entre duas variáveis nominais utilizou-se o teste Qui-Quadrado. Para Oliveira (2009) o teste qui-quadrado é um teste estatístico utilizado para comparação de proporções. Tem como vantagens, comparado a outros testes que abordam a mesma questão, o de poder ser utilizado quando se pretendem comparar mais do que duas proporções ao mesmo tempo. No entanto, o teste Qui-quadrado tem limitações, nomeadamente, deverá ser substituído pela Teste exato de Fisher quando os valores esperados nas células da tabela são inferiores a cinco.

2.8 Considerações éticas

As puérperas são consideradas uma população vulnerável. Por isso, e no que diz respeito aos procedimentos para a recolha de dados, tivemos em conta os aspetos formais de pedido de autorização às instituições selecionadas e o consentimento informado das participantes, onde foram consideradas e respeitadas as normas éticas e deontológicas, pilares de um estudo de investigação.

Assim numa primeira fase, foi solicitada a autorização da Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar de São João e do Hospital Pedro Hispano, respeitando todos os procedimentos existentes para submeter o projeto de investigação à apreciação e emissão do parecer da Comissão. A autorização foi concedida (Anexo 4 e Anexo 5).

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida a uma reflexão ética no sentido de assegurar o respeito pela identidade, integridade e dignidade da pessoa e a prática da solidariedade e justiça social (Padovani et al., 2001).

Para Martins (2008), durante todo o processo de investigação, os indivíduos devem ver a sua privacidade salvaguardada de forma absoluta. Os dados recolhidos foram tratados de forma a manter o anonimato dos participantes. A confidencialidade dos dados recolhidos foi, obrigatoriamente, uma preocupação do investigador durante todo o percurso da investigação. Martins (2008) considera, ainda, que na investigação em enfermagem raramente surgem riscos consideráveis para os investigados, contudo, isso não pode de forma alguma justificar uma ausência de reflexão ética. Quando se trata de um estudo que envolve seres humanos o desenvolvimento da investigação deve suscitar o interesse pelas questões éticas, advindas da necessidade de criar regras para regulamentar e controlar a investigação.

No entendimento de Fortes (1998), o consentimento deve ser livre, renovável e revogável. Deve ser dado livremente e conscientemente. E para que isso aconteça, não devem ser realizadas práticas de coação física, psíquica ou moral, ou simulações ou práticas enganosas, os quais outras formas de manipulação, impeditivas da livre manifestação da vontade pessoal. São princípios que subscrevemos na realização do estudo.

No processo de recolha de dados junto das puérperas foram respeitados os princípios éticos inerentes aos estudos de investigação, pelo que, disponibilizamos uma carta explicativa do estudo (Anexo 2), e solicitamos a assinatura do documento referente ao consentimento livre e esclarecido (Anexo 3).

A abordagem das participantes foi realizada no serviço de obstetrícia/puerpério, onde foi feita inicialmente uma apresentação pessoal, seguida da apresentação do estudo, explicando-se o seu objetivo e a importância da participação, ressaltando-se que seria mantida a confidencialidade dos dados recolhidos e o direito a consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação. A intenção é que cada pessoa se sinta livre para dar ou não, o seu consentimento informado.

Quanto ao anonimato dos dados, garantimos às participantes que toda a informação recolhida ao longo do processo de investigação não ficaria acessível a outros através da atribuição de um código aleatório ao formulário preenchido.

Somente após o consentimento das participantes, avançamos para a recolha dos dados recorrendo-se ao formulário para guiar a entrevista. Todavia, imediatamente antes de iniciar a recolha informamos a puérpera, de forma sucinta, sobre a estrutura do instrumento de recolha de dados.

CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo proceder-se-á à apresentação dos resultados obtidos através da investigação realizada.

A apresentação, a análise e a interpretação dos dados obtidos nesta investigação será precedida pela caracterização das participantes do estudo, quanto às características sociodemográficas e obstétricas (uso dos recursos de saúde, preparação para o parto e trabalho de parto e parto).

Os dados apresentados são maioritariamente os dados descritivos e os que revelaram significância nos testes. Nas tabelas serão apresentados apenas os resultados dos testes com significância estatística.

3 Caracterização das participantes

Os dados que se apresentam a seguir reportam à amostra deste estudo, constituída por 205 púérperas, mães pela primeira vez que voluntariamente aceitaram participar do nosso estudo.

3.1 Caracterização sociodemográfica

As características sociodemográficas envolvem a idade, estado civil, atividade profissional, nível de escolaridade e ao rendimento familiar. Quanto à idade, as participantes do estudo tinha uma média de idade de 29,2 anos (DP=5,25, Min.=17, Máx=42 anos).

Tabela 1. Caracterização síntese das variáveis sociodemográficas

		N (205)	%
Estado civil	Casadas/União de facto	157	76,6%
	Solteiras/Divorciadas	48	23,4%
Atividade profissional	Trabalhadoras ativas	173	84,4%
	Não ativas	32	15,6%
Nível de escolaridade	Ensino superior	86	42,0%
	Ensino secundário	73	35,6%
	Ensino básico	46	22,4%
Rendimento familiar	< 1 salário mínimo	13	6,3%
	1-4 salários mínimos	171	83,4%
	>4 salários mínimos	21	10,3%

Conforme pode ser observado na tabela 1, quanto ao estado civil, 76,6% eram casadas ou viviam em união de facto e as restantes referiram ser solteiras (22,0%) e divorciadas/separadas (1,4%). Quanto à atividade profissional, 84,4% (n=173) declararam-se trabalhadoras ativas e 15,6% (n=32) referiram estar desempregadas. Com relação ao nível de escolaridade, 42,0% (n=86). O rendimento familiar foi caracterizado em função do ordenado mínimo e 83,4% (n=171) afirmaram ter uma renda mensal de um a quatro salários mínimos (Tabela 1).

3.2 Caracterização da assistência de saúde durante a gravidez e o parto

No que concerne aos dados obstétricos e clínicos, apesar de um dos critérios de inclusão ser primípara (ser o primeiro parto), nem todas as participantes eram primigestas. De facto, verificou-se que 79,5% (n=163) eram primigestas, mas 18,0% (n=37) encontravam-se na segunda gravidez e 2,5% (n=5) são multigestas. Um outro critério de inclusão foi ser uma gravidez de termo, por isso as idades gestacionais observadas estavam compreendidas entre as 37 e as 41 semanas, com média de 39,1 semanas.

Quanto a caracterização da assistência de saúde durante a gravidez, a maioria das participantes tiveram assistência pré-natal no Serviço Nacional da Saúde (76,1%, n=156) das quais 36,6% (n=75) no centro de saúde, 21% (n=43) no hospital e 18,5% (n=38) no centro de saúde e no hospital. Um total de 13,7% (n=28) associaram a assistência no sistema público com o privado, e 9,7% (n=20) tiveram vigilância, somente, no sistema de saúde privado. Observou-se, ainda, que uma das participantes referiu não ter tido qualquer assistência de saúde durante a gravidez (gravidez não vigiada). Quanto ao número de

consultas de vigilância pré-natal, 5,4% (n=11) frequentaram menos de 7 consultas, 62% (n=127) efetuaram entre 7 e 10 consultas e 32,7% (n=67) tiveram mais do que 10 consultas. Em média, as participantes tiveram 9,9 consultas (DP=2,3; Min.=0 e Max.=17) (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da assistência de saúde durante a gravidez

		N (205)	%
Assistência pré-natal	Centro de Saúde	75	36,6%
	Hospital	43	21,0%
	Centro de Saúde + Hospital	38	18,5%
	Público+Privado	28	13,7%
	Privado	20	9,7%
	Sem Vigilância	1	0,5%
Número de consultas	≤ 6 consultas	11	5,3%
	7-10 consultas	127	62,0%
	≥ 10 consultas	67	32,7%

Quanto ao trabalho de parto e parto, verificou-se que o seu início foi espontâneo em 63,4% (n=130) dos casos e induzido em 36,6% (n=75). A “ocitocina” sintética, como meio de estimulação da contratilidade uterina para aceleração do trabalho de parto, foi usada a 57,6% (n=118) das participantes (Tabela 3).

A maioria das inquiridas, durante a admissão no serviço de urgência obstétrica, encontrava-se em fase latente do trabalho de parto (78,5%, n=161) e 21,5% (n=44) em fase ativa. Quando questionadas quanto ao número de vezes que recorreram aquele serviço por percepção de início de trabalho de parto, 80,5% (n=165) afirmaram uma vez, mas 15,5% (n=40) admitiram ter recorrido duas ou mais vezes à maternidade.

Em relação à rotura de membranas, em 57,1% (n=117) dos casos ocorreu de forma espontânea e em 42,9% (n=88) foi realizada rotura artificial de membranas.

Quanto ao tipo de parto, 87,3% (n=179) das intervenientes tiveram um parto por via vaginal e 12,7% (n=26) foram submetidas a cesariana. Dos partos vaginais, 51,2% (n=105) foram eutócicos e 35,6% (n=43) foram distócicos por ventosa e 0,5% (n=1) por fórceps. Os partos aconteceram, maioritariamente, no período diurno (64,4%, n=132), sendo que destes 29,3% (n=60) ocorreram pela manhã e 35,1% (n=72) durante a tarde. No período da noite efetuaram-se 35,6% (n=73) dos partos.

Foram efetuadas 139 (77,7 %) episiotomias. Ocorreram lacerações perineais em 26,3% (n=47) dos partos, sendo que a maioria (68%, n=32) correspondeu a lacerações de

1.º grau, 26 % (n=12) a lacerações de 2.º grau e 6% (n=3) a lacerações de 3.º grau.

Quanto à analgesia de parto, verificou-se que 98,5% (n=202) das participantes efetuaram analgesia epidural e, somente, 1,5% (n=3) relataram não ter utilizado este método farmacológico de alívio da dor. As razões identificadas para o não uso foram: uma por apresentar contraindicações e duas por se apresentarem num estágio avançado do trabalho de parto, o que não permitiu o procedimento. Das mulheres que realizaram analgesia epidural, 43,9% (n =90) foram sujeitas ao procedimento durante a fase latente do trabalho de parto e 56,1% (n= 112) na fase ativa do trabalho de parto. Em termos de horas de trabalho de parto, 72,3% (n=146) receberam epidural nas primeiras quatro horas de trabalho de parto, considerando o início de trabalho de parto quando a ocorrência de presença de contrações regulares (3/10 minutos ou mais), dilatação cervical de pelo menos 3 cm e esvaecimento do colo uterino.

Tabela 3. Caracterização do trabalho de parto e parto

		N	%
Início do trabalho de parto	Espontâneo	130	63,4%
	Induzido	75	36,6%
Fase do trabalho de parto na admissão	Fase latente	192	93,7%
	Fase ativa	13	6,3%
Rotura de membranas	Espontânea	117	57,1%
	Artificial	88	42,9%
Tipo de parto	Eutócico	105	51,2%
	Ventosa	73	35,6%
	Fórceps	1	0,5%
	Cesariana	26	12,7%
Episiotomia	Sim	139	67,8%
	Não	66	32,2%
Analgesia epidural	Sim	202	98,5%
	Não	3	1,5%

A duração do trabalho de parto foi em média de 10,6 horas (DP=4,15; Mo.=8; Max.=27; Min.=3), sendo que 46,3% (n=95) tiveram um trabalho de parto que durou nove horas ou menos, e 53,7% (n=110) estiveram mais de dez horas em trabalho de parto. Enfatiza-se que apenas 1,5% (n=3), desta última percentagem, ultrapassaram o tempo médio esperado para uma nulípara no primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, que é de até 21 horas.

3.3 Caracterização da participação no programa de preparação para o parto

A frequência das participantes em programas de preparação para o parto (PP) foi proporcionalmente igual ao das que não participaram, 49,8% (n=102) versus 50,2% (n=103), respetivamente (Tabela 4). O critério usado para considerar que realizaram preparação para o parto foi ter pelo menos uma “sessão teórica” de entre as duas que o curso disponibiliza e no mínimo quatro das “sessões práticas” do total de oito intervenções previstas. Logo, das 103 participantes que não realizaram PP, 34% (n=35) chegaram a iniciar o curso, mas não cumpriram com os critérios acima mencionados.

Como fator motivador para a participação no curso, 76,5% (n=78) atribuíram o facto de ser o primeiro filho, considerando que o mesmo ajudaria a adquirir mais conhecimentos, tornando-se importante para vivenciar com mais tranquilidade o processo do trabalho de parto. A equipa de enfermagem/médica, como meio incentivador, foram relatadas por 16,7% (n=17) das participantes, as restantes 6,8% (n=7) referiram outro tipo de motivos. O motivo mais apontado pelas 103 participantes do estudo como fator norteador para não participarem na PP foi a incompatibilidade de horário (28,1%, n=29), 15,5% (n=16) afirmaram não ter interesse, 10,7% (n=11) mencionaram ter tido impossibilidade por indicação de repouso devido a ameaça de parto pré-termo (APPP) e 11,7% (n=12) relataram outros motivos.

O local mais procurado para efetuar a PP foi o centro de saúde, preferido por 76,5% (n=78) das participantes, já 22,5% (n=23) frequentaram no hospital público e apenas uma participante realizou no sistema privado. A maioria assistiu a “aulas teóricas” sobre trabalho de parto e nascimento (94,1%, n=96) e sobre técnicas de relaxamento e conforto (98%, n=100). Com relação aos números de “sessões práticas”, 43,1% (n=44) participaram em quatro a seis intervenções e 56,9% (n=58) participaram em mais de sete.

Tabela 4. Caracterização da preparação para o parto

		N	%
Preparação para o parto	Sim	102	49,8%
	Não	103	50,2%
Local da preparação para o parto	Centro de Saúde	78	76,5%
	Hospital	23	22,5%
	Privado	1	1%
“Sessões teóricas”	Sim	96	94,1%
	Não	6	5,9%
“Sessões práticas”	Sim	100	98%
	Não	2	2%

3.4 Caracterização do recurso a estratégias facilitadoras do trabalho de parto e de alívio da dor

Todas as mulheres que frequentaram a PP (n=102) utilizaram, durante o trabalho o parto, alguma técnica de relaxamento e conforto aprendida. Uma das participantes alegou que utilizou apenas a técnica da respiração e os esforços expulsivos, porque a equipa que a assistiu não permitiu que a mesma realizasse outras técnicas. Para uma melhor descrição das técnicas usadas e avaliação dos respetivos efeitos, organizamos a utilização das diversas estratégias em função da fase do trabalho de parto. Assim, o trabalho de parto foi estruturado em três fases, de acordo com a dilatação do colo uterino: Fase I (0-4cm); Fase II (5-8cm) e Fase III (9-10cm). Ressalta-se aqui que a amostra elegível para a Fase III é diferente das outras duas fases. De facto, na Fase I e II totalizam-se 102 mulheres e na Fase III 96 mulheres, isto porque seis parturientes foram submetidas a cesariana de urgência antes de completarem a dilatação determinada para a última fase (9-10cm). As técnicas foram usadas tanto em casa (aquando da perceção de contratilidade uterina dolorosa) como no hospital.

Assim, como pode observar-se na tabela 5, verifica-se que é na fase I que mais mulheres utilizam técnicas de relaxamento e conforto.

Tabela 5. Técnicas de relaxamento e conforto utilizadas durante o trabalho de parto pelas participantes com preparação para o parto

Técnicas /Local onde usou	Fase I (0-4cm)		Fase II (5-8cm)		Fase III (9-10cm)	
	N	%	N	%	N	%
Massagem	25	24,5	8	7,8	3	3,1
Casa	12	48	1	12,5	-	-
Hospital	12	48	7	87,5	3	100
Casa+Hospital	1	4	-	-	-	-
Bola de Pilates	14	13,7	6	5,9	1	1,0
Casa	9	64,3	1	16,7	-	-
Hospital	5	35,7	5	83,3	1	100
Casa+Hospital	-	-	-	-	-	-
Duche/Banho de imersão	13	12,7	-	-	-	-
Casa	13	100	-	-	-	-
Hospital	-	-	-	-	-	-
Casa+Hospital	-	-	-	-	-	-
Deambular	64	62,7	6	5,9	-	-
Casa	21	32,8	2	33,3	-	-
Hospital	43	67,2	4	66,7	-	-
Casa+Hospital	-	-	-	-	-	-
Ouvir música	10	9,8	3	2,9	1	1,0
Casa	5	50	-	-	-	-
Hospital	5	50	3	100	1	100
Casa+Hospital	-	-	-	-	-	-
Mudança de Posição	37	36,3	22	21,6	5	5,2
Casa	13	35,1	-	9,1	-	-
Hospital	23	62,7	20	90,9	5	100
Casa+Hospital	1	2,2	-	-	-	-
Técnica de Respiração e Relaxamento	101	99,0	99	97,0	87	90,6
Casa	14	13,9	-	-	-	-
Hospital	79	78,2	97	98	87	100
Casa+Hospital	8	7,9	2	2	-	-

A **massagem** foi usada, na Fase I, por 24,5% (n=25) das participantes, sendo que 48% (n=12) realizaram essa técnica apenas em casa, e a mesma percentagem foi observada nas mulheres que usaram essa técnica apenas no hospital, apenas 4% (n=1) utilizaram a massagem tanto em casa como no hospital. Na Fase II, a percentagem de utilização da massagem diminuiu para 7,8% (n=8), apenas 12,5% (n=1) das parturientes utilizou esta técnica em casa, as outras utilizaram a massagem somente no hospital 87,5% (n=7). Observou-se ainda que apenas 3,1% (n=3) utilizaram a massagem na Fase III, todas

em ambiente hospitalar.

O uso da **bola de Pilates** na Fase I totalizou 13,7% (n=14). Na maioria dos casos foi realizada em ambiente domiciliário (64,3%, n=9), no entanto, 35,7% (n=5) das parturientes relataram o seu uso em ambiente hospitalar. Na Fase II, o uso da bola de Pilates diminuiu para menos da metade em comparação com a fase anterior: 5,9% (n=6). A maioria (83,3%, n=5) utilizou-a no hospital, apenas uma mulher relatou o seu uso em casa. Já na Fase III, apenas uma parturiente utilizou a bola de Pilates no hospital como medida para alívio da dor.

A utilização de **duche/banho de imersão** foi referida por 12,7% (n=13) das participantes, sendo que todas realizaram a técnica em domicílio. Na Fase II e III esta técnica não foi reportada por nenhuma interveniente.

A **deambulação**, na Fase I, foi reportada por 62,7% (n=64) das parturientes, sendo que 32,8% (n=21) realizaram deambulação em casa e 67,2% (n=43) referiram o recurso à deambulação somente no internamento. Na Fase II só 5,9% (n=6) das parturientes deambularam, sendo que 33,3 % (n=2) realizaram-no em casa e 66,7% (n=4) no hospital. Durante a Fase III, nenhuma parturiente referiu a deambulação com estratégia utilizada.

A estratégia de **ouvir música** foi pouco utilizada em todas as fases. Na Fase I registou-se apenas em 9,8% (n=10) dos casos, havendo uma distribuição igual para os dois ambientes, tanto domiciliário quanto hospitalar. Na Fase II, só 2,9% (n=3) utilizaram esta estratégia no hospital, e na Fase III apenas uma parturiente ouviu música em ambiente hospitalar.

O procedimento de **mudança da posição corporal** na Fase I atingiu os 36,3% (n=37), com 35,1% (n=13) no domicílio, 62,7% (n=23) no hospital e apenas uma participante realizou a mudança de posição nos dois ambientes referidos. Na Fase II, foi registrado uma menor percentagem, 21,6% (n=22), sendo que a maioria foi realizada no hospital (90,9%, n=20) e as restantes 9,1% (n=2) fizeram-no em casa. Na Fase III houve um acentuado decréscimo no recurso a esta técnica, totalizando apenas 5,2% (n=5), em ambiente hospitalar.

A **técnica da respiração e relaxamento** na Fase I foi utilizada por quase todas as parturientes (99%; n=101), destas 13,9% (n=14) realizaram a técnica em casa, 78,2% (n=79) no hospital e 7,9% (n=8) em ambos os locais. Na Fase II, o uso desta técnica somou 97% (n=99), dividindo-se em 98% (n=97) no hospital e os restantes 2% (n=2) tanto em casa como no hospital. Na Fase III, 90,6% (n=87) utilizaram esta técnica, sendo que todas o fizeram em ambiente hospitalar.

As *técnicas de relaxamento e conforto* foram utilizadas no parto por um total de 98,8 % (n=85) participantes. Salienta-se, que a amostra de participantes, que participaram na PP e que tiveram oportunidade de realizar essas técnicas para o alívio da dor durante o parto, foi de 86 parturientes, as outras restantes foram submetidas a cesariana. De entre as técnicas utilizadas, a mais apontada foram os “Esforços expulsivos” com um total de 52,3% (n=45), seguida do “Esforços expulsivos e Respiração” com 44,2% (n=38), e da “Respiração” em 3,5% (n=3) dos casos.

No que diz respeito à intensidade da dor percebida durante as três fases do trabalho de parto, como já referido, utilizamos uma escala visual analógica de faces de adulto associada a uma escala numérica de dez centímetros, graduada, horizontal, onde zero corresponde à ausência de dor; de um a três corresponde a dor leve mas que não interfere com as atividades; quatro a seis, corresponde a dor moderada que interfere com as atividades, mas não as impede; sete a nove, refere-se a dor forte e incapacitante que impede que se realize qualquer atividade; e, dez a dor muito forte, máxima e insuportável que além de impedir atividades, causa descontrolo.

Como resultados, observou-se que na Fase I a dor moderada foi a mais mencionada pelas participantes 47,8% (n=98). Já na Fase II e III, a dor forte prevaleceu com 67,8% (n=139) e 39,5% (n=77), respetivamente. Ressalta-se que na Fase III a amostra total não foi de 205, mas sim de 195, visto que 10 das participantes foram submetidas a cesariana de emergência antes desta fase. Durante o parto, a amostra para avaliar a percepção de dor foi de 179, pois no estudo obtivemos um total 26 mulheres com parto por cesariana. A ausência de dor foi a mais frequentemente mencionada pelas parturientes nessa fase, com índice de 49,2% (n=88) (Gráfico 1).

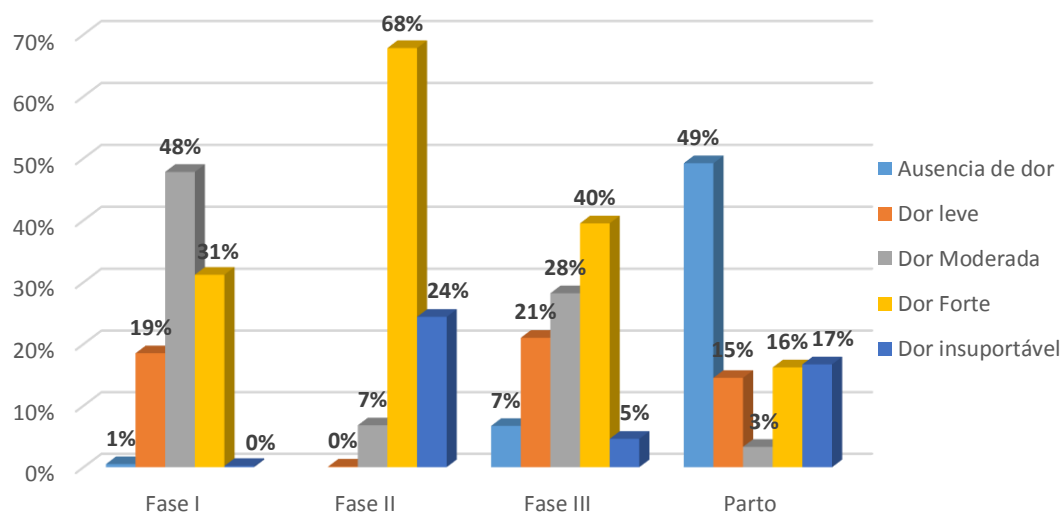


Gráfico 1. Distribuição percentual da intensidade de dor percebida pelas parturientes.

Quando questionadas sobre a eficácia percebida do uso das técnicas de relaxamento e conforto para o alívio da dor, 95,1% (n=97) das participantes consideraram terem sido eficazes e 4,9% (n=5) relataram não perceber qualquer diferença na utilização destas técnicas no alívio da dor de trabalho de parto.

Em relação ao modo como vivenciaram a sua experiência de parto, 74,6% (n=153) relataram ter tido uma experiência positiva e 25,4% (n=52) caracterizam a experiência como negativa.

No que se refere aos fatores contribuintes para uma experiência positiva sobressaíram: o apoio prestado pela equipa de enfermagem/médica em 58,2% (n=89) dos casos, seguida da utilização da analgesia epidural (38,6%, n=59). Um trabalho de parto “rápido” (duração percebida) foi considerado por 30% (n=46) como o fator que mais contribuiu para uma experiência positiva (Gráfico 2).

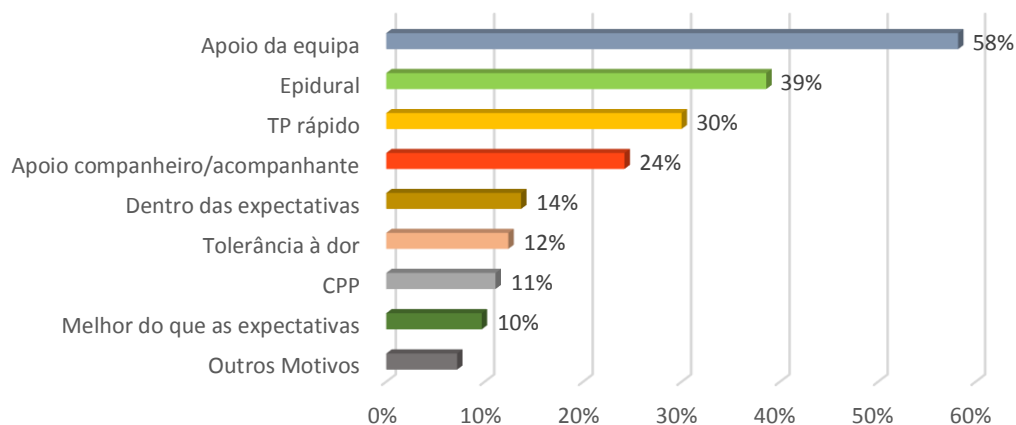


Gráfico 2. Fatores que contribuem para a percepção de experiência positiva do parto.

Como contributos mais referidos para a percepção de uma experiência negativa, temos a dor percebida como forte/insuportável mencionada por 80,8% (n=42) das participantes e um trabalho de parto e parto demorados em 50% (n=26) (Gráfico 3).

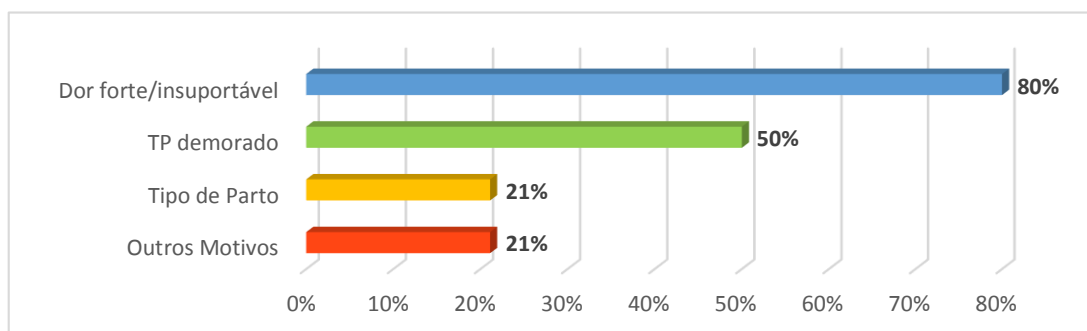


Gráfico 3. Fatores que contribuem para a percepção de experiência negativa do parto.

3.5 Preparação para o parto: análise das características das participantes com ou sem preparação para o parto

Para responder aos objetivos do estudo foram realizados os testes estatísticos que permitiram conhecer melhor a realidade e dar resposta ao pretendido.

Na análise da associação das características das mulheres que decidem frequentar a preparação para o parto verificou-se uma associação significativa entre a idade e o frequentar um programa de preparação para o parto ($\chi^2_{(1)}=12,68$; $p<0,001$), sendo que as mulheres mais velhas (61,8%) frequentaram mais do que as mais novas (38,2%). Já quanto ao estado civil não foi observada associação ($\chi^2_{(1)}=1,64$; *n.s.*), assim como analisados as variáveis de atividade profissional, nível escolaridade e rendimento familiar.

Já na análise da associação entre ter frequentado, ou não, um programa de preparação para o parto e a fase do trabalho de parto no momento de admissão, não foi observada associação significativa ($\chi^2_{(1)}=0,77$; *n.s.*). No que diz respeito ao impacto na preparação para o parto no início do trabalho de parto, ao número de idas à maternidade até a admissão de fato da parturiente, tipo de parto, presença de episiotomias/lacerações e solicitação de analgesia epidural numa fase mais tardia do trabalho de parto, também não se evidenciou diferenças significativas (Tabela 6).

Tabela 6. Características das participantes com e sem preparação para o parto

		Com preparação para o parto		Sem preparação para o parto	
		N (102)	%	N (103)	%
Idade	Mais novas (≤ 29 anos)	39	38,2	65	63,1
	Mais velhas (≥ 30 anos)	63	61,8	38	36,9
Atividade profissional	Trabalhadoras ativas	93	91,2	80	77,7
Estado civil	Não ativas	9	8,8	23	22,3
	Solteira	19	18,6	26	25,2
	Casada/União de facto	82	80,4	75	72,8
	Separada/divorciada	1	1	2	2
Nível escolaridade	Ensino Superior	17	16,6	29	28,2
	Ensino Secundário	32	31,4	41	39,8
	Ensino Básico	53	52	33	32
Rendimento Familiar	≤ 1 salário	6	5,9	7	6,8
	1-4 salários	82	80,4	89	86,4
	≥ 4 salários	14	13,7	7	6,8
Início do trabalho de parto	Espontâneo	63	61,8	67	65

	Induzido	39	38,2	36	35
Fase do TP na admissão	Fase latente	83	81,4	78	75,7
	Fase ativa	19	18,6	25	24,3
Ida à maternidade	1ª vez	77	75,5	88	85,4
	2 ou +vezes	25	24,5	15	14,6
Tipo de parto	Vaginal	86	84,3	93	90,3
	Cesariana	16	15,7	10	9,7
Episiotomia	Sim	63	61,8	76	73,8
	Não	39	38,2	27	26,2
Laceração	Sim	27	26,5	20	19,4
	Não	75	73,5	83	80,6
Epidural	Sim	101	99	101	98
	Não	1	1	2	2

3.6 Da influência da preparação para o parto e da análise da experiência do parto

Na associação entre ter frequentado, ou não, um programa de preparação para o parto e a percepção da experiência de parto observou-se associação significativa ($\chi^2_{(1)}=3,56$; $p=0,42$). Enquanto a maioria das mulheres que frequentaram a preparação para o parto 80,4% (N=82) relataram uma experiência de trabalho de parto positiva, a maioria das mulheres que não frequentaram (68,9%) relataram uma experiência de trabalho de parto negativa.

A experiência do parto poderá ser influenciada pelo nível de dor percebida. Na análise da diferença entre o nível da dor de trabalho de parto e a experiência de parto, verificou-se que há diferença muito significativa no que se refere ao nível de dor percebida na Fase III (U=2941,00, $p=0,005$) e extremamente significativa no que diz respeito ao nível de dor total (U=1632,00, $p<0,001$), sendo que as parturientes que relataram uma experiência negativa revelaram maior nível de dor (Tabela 7).

Tabela 7. Diferenças ao nível da dor percebida em função da experiência do parto.

	Experiência do parto		U Mann Whitney	p
	Positiva (153) Ordem média	Negativa (52) Ordem média		
Nível de dor na Fase III	96,22	122,94	2941,00	0,005
Nível de dor total percebida	80,50	120,05	1632,00	<0,001

Também foi analisada a influência do uso das diversas técnicas de relaxamento e conforto nas diversas fases do trabalho de parto na experiência do parto. Da análise com recurso ao teste de Qui-quadrado, com leitura do teste de Fisher quando adequado, não foram observadas associações significativas entre o uso das diversas estratégias e a experiência de parto percebida, exceto no recurso à mudança de posição na Fase I ($X^2_{(1)}=4,87; p=0,037$), sendo que as participantes que usaram esta estratégia ($n=34$), 91,9% revelaram experiência de parto positiva (Tabela 8).

Tabela 8. Diferenças em função do uso, ou não, de técnicas de mudança de posição na Fase I e experiência de parto.

Mudança de posição na Fase I		Experiência de parto				<i>p</i>
		Positiva		Negativa		
		n	%	n	%	
Não		48	73,8	17	26,2	0,037
Sim		34	91,9	3	8,1	

Analisou-se também a influência de ter frequentado um programa de preparação para o parto no nível de dor do trabalho de parto quer nas três fases do trabalho de parto definidas quer em termos de dor total. Da análise com o teste de diferença U de Mann Whitney não foi observada diferença significativa entre o nível de dor nas três fases e a dor total e ter frequentado, ou não, a preparação para o parto ($U=4956,00$, n.s.; $U=4766,00$, n.s.; $U=4584,00$, n.s.; $U=3656,00$, n.s, respetivamente).

Procurou-se também conhecer se o recurso a técnicas de alívio da dor influenciou o nível de dor percebida durante o trabalho de parto nas mulheres que frequentaram um programa de preparação para o parto ($N=86$). Não foi observada diferença ao nível da dor nas três fases e ao nível da dor total em função de ter usado, ou não, nas diversas fases do trabalho de parto. Todavia, apesar de não ter sido diferença ao nível da dor nas três fases e ao nível da dor total em função de ter usado, ou não, o duche/banho de imersão na Fase I, foi observada diferença ao nível da dor total ($U=207,50$, $p=0,011$) sendo que as mulheres que não usaram esta técnica revelaram um maior nível de dor (Tabela 9). Já na Fase II e na Fase III nenhuma parturiente referiu ter usado o duche/banho de imersão.

Tabela 9. Diferenças ao nível da dor total percebida em função do recurso ao duche/banho de imersão durante a Fase I.

	Recurso ao duche/banho imersão		U Mann Whitney	p
	Sim (10) Ordem média	Não (76) Ordem média		
Nível de dor total percebida	26,20	45,78	207,50	0,011

Ao avaliar o efeito do deambular no nível de dor, não foi observada diferença ao nível da dor nas três fases e ao nível da dor total em função de deambular, ou não, na Fase I. Todavia, foi observada diferença significativa, entre o nível da dor percecionado na Fase III e o facto de ter deambulado na fase II (U=118,00, p=0,015), sendo que as participantes que referiram não deambular percecionaram um maior nível de dor na Fase II (Tabela 10). Já no nível de dor total não foi observado diferença significativa (U=174,00, n.s.). Na Fase III nenhuma parturiente referiu ter usado o deambular.

Tabela 10. Diferenças ao nível da dor percebida na Fase III em função do recurso ao deambular durante a Fase II.

	Recurso ao deambular		U Mann Whitney	p
	Sim (6) Ordem média	Não (96) Ordem média		
Nível de dor na Fase III	23,17	53,27	118,00	0,015

Não foi observada diferença ao nível da dor nas três fases e ao nível da dor total em função de ter usado, ou não, o ouvir música nem a mudança de posição.

No que concerne o uso da técnica de respiração e relaxamento, na Fase I apenas uma das participantes referiu não ter recorrido à técnica da respiração. Na Fase II apenas três das participantes referiram não ter recorrido à técnica da respiração. Já na Fase III, foi observada diferença significativa ao nível da dor pelo facto de ter usado a técnica de respiração (U=156,00, p=0,003), sendo que as que recorreram à técnica de respiração referiram maior nível de dor (Tabela 11), já ao nível da dor total não foi observado diferença significativa (U=268,50, n.s.).

Tabela 11. Diferenças ao nível da dor percebida na Fase III em função do recurso da técnica da respiração e relaxamento na Fase I.

	Recurso à técnica de respiração e relaxamento		U Mann Whitney	p
	Sim (87) Ordem média	Não (9) Ordem média		
Nível de dor na Fase III	51,21	22,33	156,00	0,003

Não foi observada associação significativa entre ter frequentado, ou não, um programa de preparação para o parto e o momento em que as parturientes solicitam analgesia epidural ($\chi^2_{(1)}=0,33$; *n.s.*).

No concerne à análise da diferença ao nível da dor em função do uso, ou não, de estimulação medicamentosa do trabalho de parto (uso de ocitocina) observou-se diferença significativa ao nível da dor na Fase III (U=4130,50, p=0,016) e da dor total percebida (U=3165,50, p=0,012), sendo que as participantes que tiveram ocitocina revelaram maior nível de dor (Tabela 12).

Tabela 12. Diferenças ao nível do nível de dor de trabalho de parto em função do uso, ou não, de ocitocina.

	Uso de ocitocina		U Mann Whitney	p
	Sim (118) Ordem média	Não (87) Ordem média		
Nível de dor na Fase III	111,50	91,48	2441,00	0,016
Nível de dor total	98,37	80,10	3165,50	0,012

Analisou-se também a influência de ter frequentado um programa de preparação e/ou a o recurso de técnicas de relaxamento e conforto aprendidas durante a preparação para o parto na duração do trabalho de parto, tipo de parto e existência de traumatismo perineal e se estas variáveis influenciaram o significado atribuído à experiência do parto.

Esta análise importa pois verificou-se diferença extremamente significativa ao nível da duração do trabalho de parto em função de ter tido, ou não, uma experiência positiva (U=2441,00, p<0,001), sendo que as participantes que referiram o parto como experiência negativa tiveram maior duração do trabalho (Tabela 13).

Tabela 13. Diferenças ao nível da duração do trabalho de parto em função da percepção da experiência.

	Experiência do parto		U Mann Whitney	p
	Positiva (153) Ordem média	Negativa (52) Ordem média		
Duração do trabalho de parto	92,95	132,56	2441,00	<0,001

Não foi observada diferença ao nível da duração do trabalho de parto em função de ter frequentado, ou não, um programa de preparação para o parto ($U=5167,50$, *n.s.*).

Na análise da influência do recurso, ou não, a técnicas de relaxamento e conforto na duração do trabalho de parto, verificou-se que não foi observada diferença em função de ter usado na Fase I e II e III qualquer uma das técnicas consideradas.

Não foi observada associação significativa entre ter frequentado, ou não, um programa de preparação para o parto e o tipo de parto (vaginal/abdominal) ($\chi^2_{(1)}=1,65$; *n.s.*).

Nos programas de preparação para o parto procura-se preparar a mulher para o parto vaginal. Uma das estratégias apresentadas como facilitadoras da descida do feto é o recurso à bola de Pilates. Da análise da associação entre o tipo de parto e o uso ou não da bola de Pilates, nas diversas fases de trabalho de parto, verificou-se uma associação significativa entre o parto vaginal e o uso de bola de Pilates na Fase I ($\chi^2_{(1)}=4,92$; $p=0,042$) sendo que um total de 64,3% ($n=9$) das parturientes que realizaram essa técnica tiveram um parto por via vaginal (Tabela 14). Já na Fase II não foi observada associação significativa ($\chi^2_{(1)}=0,05$; *n.s.*).

Tabela 14. Diferenças em função do uso, ou não, de bola de pilates na Fase I e o tipo de parto.

Uso da bola de pilates na Fase I	Tipo de Parto				p
	Vaginal		Cesariana		
	n	%	n	%	
Não	77	87,5	11	12,5	0,042
Sim	9	64,3	5	35,7	

Na associação entre ter frequentado, ou não, um programa de preparação para o parto e a existência de traumatismo perineal, especificamente a episiotomia, observou-se uma associação significativa ($\chi^2_{(1)}=3,39$; $p=0,045$). Nas mulheres que não frequentaram a preparação para o parto, 73,8% ($n=76$) foram sujeitas a episiotomia, enquanto nas que

frequentaram a percentagem foi menor (61,8%). Já no que se refere à associação entre ter frequentado ou não um programa de preparação para o parto e a presença de laceração, não foi observada diferença significativa ($\chi^2_{(1)}=1,44$; n.s.).

Na tentativa de perceber se a presença de trauma perineal estaria relacionado com a duração do trabalho de parto procedeu-se à análise da diferença ao nível da duração do trabalho de parto em função de ter, ou não, laceração, tendo-se observado diferença significativa ($U=3006,00$, $p=0,047$), sendo que as parturientes que tiveram laceração tiveram um parto de mais curta duração (Tabela 15).

Tabela 15. Diferenças ao nível da duração do trabalho de parto em função da percepção da experiência.

	Laceração		U Mann Whitney	p
	Sim (47) Ordem média	Não (158) Ordem média		
Duração do trabalho de parto	87,96	107,47	3006,00	0,047

Na análise da associação entre o recurso às técnicas de relaxamento e conforto nas três Fases de trabalho de parto, nas mulheres que frequentaram em programa de preparação para o parto, e a presença de traumatismo perineal, não foi observada associação significativa entre a utilização das técnicas e a necessidade de episiotomia. Foi verificado haver associação significativa, com a presença de laceração (Tabela 16):

Tabela 16. Diferenças em função do uso, ou não, das técnicas com a bola de pilates na Fase I e a respiração na Fase II e a presença de laceração perineal.

		Laceração				p
		Ausente		Presente		
		n	%	n	%	
Uso bola na Fase I	Não	61	69,3	27	30,7	0,018
	Sim	14	100,0	0	0,0	
Respiração Fase II	Não	0	0,0	3	100,0	0,017
	Sim	75	75,8	24	24,2	

- Na Fase I, na análise da influência do uso da bola de Pilates, ou não, observou-se associação muito significativa, sendo que todas as mulheres que usaram a bola de Pilates no fim do parto apresentaram períneo íntegro ($\chi^2_{(1)}=5,84$; $p=0,018$).

- Na Fase II – na análise da associação com o uso da técnica respiratória, ou não, observou-se existir uma associação significativa entre as mulheres que usaram esta técnica e a presença de laceração, sendo que a maioria das parturientes que usaram a técnica de respiração tiveram menor incidência de laceração ($\chi^2_{(1)}=8,59$; $p=0,017$). Um total de 75,8% ($n=75$) das mulheres que utilizaram esta técnica não apresentaram nenhum trauma perineal.

- Na Fase III não foi observada qualquer associação significativa entre o uso de técnicas de relaxamento e conforto e o traumatismo perineal.

CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo discutiremos os resultados obtidos após a apresentação dos dados, visando proceder uma análise em relação às questões da investigação, relacionando com os resultados de outros estudos de investigação.

4 Das participantes no estudo

As participantes do estudo revelam características sociodemográficas sobreponíveis com a população em idade fértil portuguesa. De facto, a amostra foi constituída por mulheres mais velhas, casadas, de maior nível de escolaridade e na sua generalidade trabalhadoras ativas. A média de idades das participantes no estudo foi de 29,2 anos, variando os 17 e os 42 anos. O'Reilly, Bottomley e Rymer (2008) consideram como grupos de risco as grávidas com menos de 19 anos ou com idade igual ou superior a 35 anos. Nesta perspetiva obtivemos uma percentagem de 17,1% (n=35) da nossa amostra, sendo que sete pertencem ao grupo da faixa etária menor de 19 anos, as restantes 80% (n=28) apresentaram idades iguais ou superiores a 35 anos. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de 2012, as mulheres casam e são mães cada vez mais tarde. A idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho foi de 28,9 anos em 2010, traduzindo um adiamento da maternidade de 2,4 anos face a 2000, também foi identificado um menor número de filhos: em 2010, cada mulher teve, em média 1,4 crianças; em 2000, essa média era de 1,6 crianças.

Maioritariamente são casadas/união de fato (76,6%, n=157), 22% são solteiras (n=45) e 1,5% (n=3) são separadas/divorciadas. Santos (2007), num estudo que tinha como objetivo identificar se através da preparação para o parto era possível promover o bem-estar das parturientes, obteve por meio da sua amostra de 140 puérperas um perfil sociodemográfico semelhante ao do nosso estudo. A maioria das grávidas era casada ou

vivia em regime de coabitação (87,9%), as solteiras registam uma percentagem de 9,3%, e uma reduzida percentagem eram divorciadas ou separadas (2,9%).

Em relação à atividade profissional exercida pelas participantes, obtivemos uma percentagem expressiva de 84,4% (n=173) de trabalhadoras ativas, e somente 15,6% (n=32) encontravam-se desempregadas. Para Loureiro e Ferreira (2007), para se adaptar à maternidade, a mulher tem procurado um equilíbrio entre o papel de ser mãe e as responsabilidades acrescidas relacionadas com a atividade laboral e social.

Estes resultados permitem-nos refletir nos fatores que contribuem para o adiamento da maternidade cada vez mais frequente na população feminina de Portugal, e para a redução do número de filhos por mulher. Entre eles, o nível de escolaridade, a inserção profissional, e a consolidação de novos paradigmas de conjugalidade e de parentalidade.

O local de assistência durante a gravidez referido por mais de 3/4 das participantes foi o serviço público de saúde. Todavia, 13,7% (n=28) associaram a assistência de uma rede pública com uma privada. O centro de saúde foi o local mais referido pelas puérperas que frequentaram o serviço público para a assistência pré-natal. Atualmente evidencia-se que as mulheres vão mais a consultas de ginecologia, obstetrícia e de saúde materna nos centros de saúde, ocorrendo um aumento entre 2002 (2,0%) e 2010 (24,0%) (INE, 2012).

Para Assis e Jesus (2012), a acessibilidade aos serviços de saúde está relacionada com as condições de vida, a nutrição, a habitação, a cultura, o poder aquisitivo e a educação. Os mesmos autores enfatizam que a acessibilidade tem um sentido multidimensional de carácter social e político, que está presente na execução da política, na gestão, na prestação de serviços e na relação dos profissionais com os utilizadores. Constitui um achado inesperado o fato de se ter observado, nos dias de hoje, uma gravidez não vigiada. Não obstante, na amostra, uma participante referiu não ter tido nenhum tipo de assistência pré-natal. Esse resultado não vai ao encontro de Rocha et al. (2010), que no seu estudo efetuado a uma amostra de 197 puérperas, não foi evidenciada nenhuma sem vigilância pré-natal. No entanto, a gravidez não vigiada é uma realidade da prática obstétrica, muitas mulheres recorrem aos serviços de saúde apenas para o parto. A temática reflete uma realidade social e cultural, que se mantém sensivelmente inalterada com a passagem do tempo. Sendo, por vezes, um fenómeno resultante da falta de perceção da necessidade de cuidados, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou da associação com a toxicodependência (Cordeiro et al., 2004). Todavia, na maioria das participantes observou-se um número adequado de consultas (média 9,9 consultas).

Tendo por base o que a Direção Geral da Saúde (2009) preconiza, que seis ou mais consultas pré-natais permitem considerar uma gravidez como vigiada e quando inferior a seis considera-se mal vigiada. Tendo por referência esta classificação, obtivemos um pequeno percentual de gravidez mal vigiada, cerca de 1% (n=2).

Uma revisão da literatura realizada Dowswell et al. (2010), e publicada na *Cochrane Pregnancy and Trials*, onde se comparam os efeitos dos programas pré-natais com um número de consultas reduzido para mulheres de baixo risco com o “tratamento padrão”, concluíram que a redução das consultas de cuidados pré-natais está associada a um aumento da mortalidade perinatal em comparação com o tratamento padrão, por isso delimitando que as mulheres preferem o cronograma de número de consultas padrão.

5 Do impacto da preparação para o parto

A admissão no bloco de partos, ainda, é feita com os critérios de diagnóstico de trabalho de parto em fase latente. Claro está, que esta decisão está decorrente da procura do serviço pela mulher durante esta fase. Neste estudo percebeu-se que 3/4 das mulheres recorreram ao serviço de urgência de obstetrícia em fase latente de trabalho de parto (78,5%), tendo 15,5% só sido internadas na segunda ou terceira ida à maternidade. Não foi encontrada uma diferença significativa entre as mulheres que realizaram CPP e a admissão numa fase mais tardia de trabalho de parto. Já no estudo de Maimburg et al. (2010), de entre os achados, observou-se que as mulheres com preparação para o parto chegaram mais vezes à maternidade em trabalho de parto numa fase mais avançada do que as do grupo sem preparação. A diferença de dilatação cervical entre os dois grupos foi de 0,9 cm, o que pode equivaler, para nulíparas com preparação, a cerca de 2 horas de trabalho de parto a menos na fase inicial de trabalho de parto.

A preparação antecipada torna-se facilitadora no aumento da capacidade da mulher para identificar os sinais de início do trabalho de parto e como agir perante cada um deles (Chalmers et al., 2009). É também fator determinante na sua habilidade de permanecer em casa utilizando métodos de relaxamento que permitam controlar a ansiedade e o medo, até que o trabalho de parto efetivamente se estabeleça. A transferência de conhecimentos sobre gravidez, trabalho de parto e parto, torna a mulher mais segura diante dos eventos deste processo, uma vez que por meio das informações recebida, ela sente-se familiarizada com este contexto (Couto, 2006).

É importante enfatizar que uma política de admissão tardia evita internamentos prematuros em mulheres sem trabalho de parto estabelecido, contribui também para um índice menor de intervenções desnecessárias, tais como o uso precoce de ocitocina e de analgesia epidural. Para além disso, resulta numa menor duração de trabalho de parto dentro do hospital (Lauzon e Hodnett, 2009).

O início do trabalho de parto em 63,4% das participantes foi espontânea e as restantes 36,6% o trabalho de parto iniciou através de indução. Não houve diferença significativa entre a duração do trabalho de parto nas mulheres que o iniciaram de forma induzida em relação com as que o iniciaram de forma espontânea. O mesmo foi averiguado no estudo de Janakiraman, Ecker e Kaimal (2010), no qual os autores tinham como objetivo comparar a duração e as complicações da segunda etapa do trabalho de parto induzido e espontâneo, não tendo verificado diferenças significativas. Em contrapartida, Harper et al. (2012), em seu estudo de coorte com 5388 mulheres, concluíram que a fase latente do trabalho de parto é significativamente mais longa nas mulheres submetidas a indução de trabalho de parto quando comparada com as que iniciaram de forma espontaneamente, embora a “fase ativa” de trabalho de parto (superior a 6 cm) seja similar entre os dois grupos. No estudo realizado por Shetty et al. (2005), observou-se que o parto induzido artificialmente resulta numa menor satisfação quando comparado com o parto espontâneo. O longo período de tempo entre o início da indução e o parto assume a principal razão de insatisfação, já o modo como o agente indutor é administrado, o maior número de exames vaginais e o aumento de partos cesarianas, são apresentados como questões secundárias.

Mais de metade das participantes neste estudo tiveram estimulação do trabalho de parto por meio da utilização de ocitocina sintética. A ocitocina endógena é entendida como uma hormona que exhibe propriedades uterotónicas por excelência (Smith e Merrill, 2006). O bioquímico americano Vincent du Vigneaud sintetizou, em 1955, um análogo da ocitocina tornando possível o desencadear iatrogénico de contrações uterinas e, deste modo, induzir farmacologicamente o parto (Den Hertog, Groot e Van Dongen, 2001). A ocitocina tem como função estimular as contrações uterinas (Graça, 2010) e a dor do parto está diretamente relacionada com essa contratilidade, estiramento das estruturas de suporte dos anexos, da dilatação do colo e distensão do segmento inferior (Roura et al., 2003). Assim, compreende-se que o uso de ocitocina sintética constitua um fator fisiológico que aumenta a dor. Por isso, a sua utilização está relacionada com o aumento do nível de dor percebido. De facto, neste estudo foi observado uma menor tolerância à

dor durante a fase de expulsão nas mulheres que receberam estimulação uterina por meio de ocitocina exógena.

Como desfecho, 87,3% (n=179) das participantes tiveram um parto por via vaginal e 12,7% (n=26) foram submetidas a cesariana. A taxa de cesariana no nosso estudo foi muito inferior da estimada para o país em geral. Dados da ARS Norte constataam que Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesariana, e estima-se que em 2009 tenham ocorrido na região norte mais de 36% de nascimentos por cesariana. Todos os restantes países europeus têm uma taxa de cesariana que não ultrapassa os 30% e vários têm uma taxa inferior a 20%. No entanto, o índice inferior encontrado no nosso estudo é justificado por não abranger na nossa amostra as cesarianas programadas e as de urgência com ≤ 4 cm de dilatação cervical. Para Guerreiro (2013), a educação para a saúde da população em geral contribui como um instrumento decisivo para diminuir o número de cesarianas e a morbilidade associada a esta técnica.

Não foi verificado, no atual estudo, alguma diferença significativa entre o tipo de parto e a participação na PP. Todavia, Stoll e Hall (2012), que dentre os objetivos do seu estudo pretendiam examinar a associação entre a participação em “aulas” de educação para o parto e as taxas de intervenções obstétricas numa amostra de 624 mulheres, verificaram que as “aulas” de PP foram associadas a maiores taxas de partos vaginais.

Atualmente, a realização da episiotomia ainda é praticada na maioria dos partos. Neste estudo, observou-se que mais de 3/4 das parturientes com parto vaginal tiveram episiotomia. Esse resultado está sobreponível ao descrito no relatório do *European Perinatal Health Report*, publicado no âmbito do projeto Euro-Peristat, que revela que, em Portugal, 72,9% das mulheres que têm partos vaginais foram submetidas a corte(s) na região do períneo, sendo esta percentagem considerada a segunda taxa mais elevada de episiotomias nos países europeus, perdendo apenas para o Chipre. A episiotomia foi originalmente desenvolvida com o objetivo de ampliar o canal de parto e evitar traumas perineais, reduzir a morbi-mortalidade infantil, diminuir a incidência de retocelo e cistocelo, além de contribuir para o relaxamento da musculatura perineal. Nas primíparas tem o papel fundamental de evitar lacerações perineais extensas (Mattar, Aquino e Mesquita, 2007). De acordo com um novo Boletim Prático publicada pelo *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), o uso da episiotomia durante o parto deve ser restrito, devendo realizando-se, apenas, perante certas situações maternas e/ou fetais, tais como: evitar lacerações maternas graves ou facilitar ou acelerar partos difíceis. Viana et al. (2011), na sua revisão sistemática sobre as complicações da

episiotomia, concluíram que existem muitas controvérsias entre os obstetras. Muitas equipas seguem protocolos com indicações específicas para o procedimento, existindo por vezes divergências entre elas. As complicações secundárias seja através da sua realização ou não, devem ser levadas em consideração. Porém, a episiotomia seletiva, individualizada, parece ser a conduta mais adequada.

Observou-se laceração perineal em quase 1/4 das mulheres. No nosso estudo obtivemos um resultado positivo entre o uso da bola de Pilates na Fase I e da técnica da respiração na Fase II e a diminuição do índice de lacerações perineais, com um percentual de 100% (n=14) e de 75,8% (n=75) para as respetivas técnicas. Já foram realizados alguns estudos com a finalidade de analisar os fatores relacionados com o trauma perineal (Scarabotto e Riesco, 2006; Riesco et al., 2011; Leite, 2012), mas nenhum examina a sua associação com a utilização de técnicas de relaxamento e de conforto durante o trabalho de parto. Na maioria, são estudos voltados para condições sociodemográficas maternas, as condições clínicas e obstétricas e as condições do recém-nascido. Todavia, uma revisão sistemática de Zwelling (2010), que estuda o efeito do posicionamento materno sobre o processo de trabalho de parto, concluiu que o uso da bola de Pilates para além de ocasionar diminuição da dor, facilitar a circulação materno-fetal, aumentar a intensidade das contrações uterinas, diminuir a duração do trabalho de parto, auxiliar na descida e insinuação da apresentação fetal, contribui também na diminuição das taxas de trauma perineal e de episiotomia. A bola de parto permite a mudança de posição, pelo que a parturiente passa a beneficiar de movimentos livres, o que diminui a sensação dolorosa da contração uterina e ajuda na rotação e na descida fetal, facilitando a evolução do trabalho de parto (Ministério da Saúde, 2005).

As mulheres, do nosso estudo, que tiveram um trabalho de parto mais rápido apresentaram uma maior percentagem de laceração perineal quando comparadas com as que tiveram um trabalho de parto mais lento. O trabalho de parto é caracterizado pela presença de contrações uterinas dolorosas e regulares que se acompanham de dilatação e extinção do colo do útero, culminando com a expulsão do feto e da placenta. A progressão do trabalho de parto está diretamente relacionada com o aumento do número e da intensidade das contrações uterinas (O'Reilly, Bottomley e Rymer, 2008). Um trabalho de parto rápido é caracterizado por contrações uterinas frequentes e intensas, permitindo também uma expulsão fetal mais rápida, tornando a área perineal mais propensa a sofrer trauma. Não há muitos estudos que tenham trabalhado com esta variável. Amorim, Porto e Souza (2010), numa revisão de literatura, concluíram que os esforços expulsivos (com

manobra de Valsalva) precoces reduzem a duração do trabalho de parto, porém aumentam o risco de parto instrumental e podem acarretar lesões do assoalho pélvico.

O nosso estudo revelou que a analgesia epidural esteve presente quase na totalidade da amostra (98,5%) e que a maioria (72,3%) das participantes efetuou analgesia nas primeiras quatro horas de trabalho de parto. Gallo et al. (2012), no seu estudo, que tinha como objetivo verificar o número de requisições de analgesia regional e o grau de dilatação cervical no momento da solicitação da analgesia pelas parturientes, constataram que a maioria das parturientes solicitou analgesia com uma média de 6 cm de dilatação. O alívio da dor no parto é algo desejado por muitas das parturiente, em Portugal. A analgesia epidural em obstetrícia é cada vez mais solicitada pelas parturientes, embora algumas mulheres ainda a receiem e recusem (Martins, Marques e Tomé, 2002). A dor no parto é algo ainda muito temido pelas mulheres e a sua presença em nada contribui para o processo. A sua existência para além de causar alterações de foro psíquico e comportamental, causa alterações na homeostasia materna, aumentando a hiperatividade das contrações uterinas e sucessivamente ocasionando sofrimento fetal por interferir na circulação materno-fetal (Lowe, 2007). Por seu turno, Sharma e Leveno (2003) no seu estudo que objetivava avaliar o efeito da analgesia regional e o progresso do trabalho, não registaram diferenças entre uma iniciação de analgesia precoce ou mais tardia em nulíparas. Por não haver registo de diferenças significativas o *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda a administração de analgesia epidural assim que a parturiente o deseje, de acordo com o nível de dor percebida, independentemente da fase do trabalho. Já alguns autores, defendem que a analgesia epidural não deve ser iniciada antes de um trabalho de parto bem estabelecido, embora considerem que a sua utilização não interfere na fase ativa do trabalho de parto (Zimmer et al., 2000; Zhang et al., 2001).

Como a nossa amostra de mulheres que não receberam analgesia epidural foi muito pequena, não observamos uma diferença significativa entre o não uso da epidural com a duração do trabalho de parto e os desfechos perinatais. A analgesia epidural é realizada por meio da colocação de um cateter no espaço epidural para administração contínua ou intermitente de anestésicos locais e/ou opióides, resultando em alívio da dor durante dez a 20 minutos sem praticamente nenhum bloqueio motor, estando relacionada com maiores índices de satisfação das parturientes (Collis, Davies e Aveling, 1995). Apesar da analgesia epidural causar alívio da dor em curto espaço de tempo, durante o período expulsivo, o bloqueio epidural pode provocar relaxamento da musculatura do

pavimento pélvico, prejudicando a flexão e rotação da apresentação fetal e pode ainda interferir nos reflexos implicados no período expulsivo (Roura et al., 2003). Muito já se tem investigado sobre os benefícios e os possíveis efeitos negativos da analgesia epidural no trabalho de parto. Alguns estudos referem que a analgesia epidural prolonga a segunda fase do trabalho de parto, aumenta a necessidade de ocitocina e eleva as taxas de parto instrumental, não contribuindo na diferença das taxas de cesariana (Rojansky et al., 1996; Zimmer et al., 2000; Zhang et al., 2001; Lia e Sai, 2004; Anim-Somuah, Smyth e Howell, 2011). Wadlington, Natale e Crowley (1998) defendem que a epidural pode favorecer a abolição do reflexo de expulsão e o bloqueio da musculatura abdominal, ocasionando uma descida e rotação interna fetal mais demoradas, o que poderá aumentar o número de partos instrumentados.

Em relação à rotura de membranas, 57,1% (n=117) ocorreu espontaneamente e 42,9% (n=88) foram por rotura artificial de membranas (RAM). A rutura artificial é considerada um método mecânico de indução de trabalho de parto, uma vez que o seu “descolamento” causa um aumento sérico das prostaglandinas endógenas (McColgin et al., 1993). Apesar de ser um método indutor do trabalho de parto, não encontramos uma diferença significativa entre a amniotomia e a duração do trabalho de parto no nosso estudo. Na revisão sistemática da literatura, publicada na *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register*, que incluía 15 ensaios randomizados envolvendo 5583 mulheres, e que objetivava determinar a eficácia e a segurança de amniotomia para encurtar rotineiramente o trabalho de parto que se iniciava espontaneamente, Smyth, Alldred e Markham (2013) não encontraram diferença estatisticamente significativa entre a amniotomia e o tempo de trabalho de parto, assim como não houve uma associação com o risco de cesariana e com a satisfação materna com a experiência de parto. Não foi encontrado consenso nos diversos estudos para o momento oportuno para a realização da amniotomia durante o trabalho de parto, em termos de dilatação cervical. Os autores concluíram, que a amniotomia não deve ser uma prática realizada rotineiramente como parte da gestão do trabalho de parto e cuidados padrão.

Foi proporcionalmente igual o número de mulheres que frequentaram o programa de Preparação para o parto e as que não frequentaram. O que difere do estudo de Rocha et al. (2010), onde apenas 11,2% de mulheres que receberam preparação para o parto de uma amostra total de 197 puérperas. Contudo, evidenciamos no nosso estudo que as participantes do CPP eram tendencialmente mulheres mais velhas. Este resultado vai ao encontro do estudo realizado por Stoll e Hall (2012), no qual, as autoras comprovaram

que as mulheres mais velhas, com maior nível de escolaridade e as primíparas são mais propensas a participar na PP do que as mais jovens, com menor escolaridade e múltiparas. Vicente (2009) concluiu que a antecipação que a grávida faz do seu parto, bem como as suas habilitações literárias e a sua idade, influenciam a sua decisão de realizar preparação para o parto. Por outro lado, as grávidas que realizam preparação para o parto, têm níveis de antecipação e de satisfação mais positivos em relação a esta experiência. No que diz respeito ao impacto na preparação para o parto no início do trabalho de parto, ao número de idas à maternidade até a admissão de fato da parturiente, tipo de parto, presença de episiotomias/lacerações e solicitação de analgesia epidural numa fase mais tardia do trabalho de parto, não se evidenciou diferenças significativas

De entre as técnicas aprendidas durante a PP, as mais referidas pelas participantes do estudo foram a técnica da respiração e relaxamento. Ambas foram realizadas na sua maioria em ambiente hospitalar. Pinheiro e Bittar (2012) enfatizam que a sensibilidade e os cuidados dos profissionais da saúde na maternidade constituem elementos essenciais para garantir um trabalho de parto seguro e prazeroso, assim como são elementos contribuidores para que a mulher se sinta o mais confortável possível para tomar decisões a respeito do seu parto. Averiguamos que uma das participantes afirmou que de entre as técnicas de relaxamento e conforto aprendidas por ela durante a PP, utilizou apenas a técnica da respiração e os “Esforços expulsivos”, porque a equipa que a assistiu não permitiu que a mesma realizasse outras técnicas. O uso de medidas de conforto durante o trabalho de parto depende muito do empenho das parturientes, porém são influenciados pelos profissionais que a assistem ou até mesmo pelo ambiente onde ocorre o evento. Para Hodnett et al. (2010), um ambiente hospitalar com uma estrutura adequada e um mobiliário adequado contribuem para uma melhor movimentação das parturientes. Os autores afirmam, ainda, que os ambientes com essas características causam uma maior satisfação nas mulheres em trabalho de parto, reduzem as taxas de intervenções médicas e propiciam partos espontâneos. Maldonato (1991) acrescenta que a perda da autonomia da mulher sobre o seu corpo reflete o poder que os profissionais da saúde exercem durante o processo do parto. O que é mais científico, rápido, conveniente e asséptico para os profissionais da saúde pode não ser o mais agradável para a mulher, o que pode transformar o parto numa experiência sofrida e traumatizante.

A utilização da técnica de respiração e relaxamento não foi evidenciada no nosso estudo como método eficaz para o alívio da dor. Fato este evidenciado na Fase III do trabalho de parto, onde as participantes que efetuaram esta técnica apresentaram uma

maior percepção de dor quando comparadas com as que não realizaram. Estes resultados vão de encontro com os obtidos por Bergström, Kieler e Waldenström (2010), que não encontraram diferenças significativas no tempo de trabalho de parto, dor percebida ou experiência negativa nas mulheres que utilizaram o método da respiração e relaxamento. Já o estudo realizado por Almeida et al. (2005), que avalia o efeito das técnicas de respiração e de relaxamento sobre a dor e a ansiedade durante o trabalho de parto, concluíram que estas técnicas reduzem a intensidade da dor e promovem a diminuição do nível de ansiedade. Facto que contribui diretamente para o processo de trabalho de parto. O medo de sentir dor e a ansiedade ativam uma resposta hormonal que pode resultar em um parto distócico e numa maior duração do trabalho de parto (Alehagen et al., 2005; Lyberg e Severinsson, 2010). O processo do trabalho de parto é um momento em que muitos sentimentos se misturam. A avaliação da percepção de dor em diferentes fases não é uma tarefa fácil, Garcia e Goto (2003) e Lowe (2002) partilham da mesma opinião, defendendo que a informação que a parturiente transfere em relação à intensidade da dor sofre influência, seja por experiências dolorosas anteriores, etnia, idade, sexo, entre outros motivos, tornando-a subjetiva. Este facto dificulta a definição paradigmática e aponta mais para que a intensidade da dor seja conceituada, ao invés de definida.

Num estudo experimental realizado com o intuito de avaliar o efeito do uso das técnicas de respiração e de relaxamento sobre a dor e a ansiedade no trabalho de parto em primigestas, Almeida et al. (2005) concluíram que as técnicas utilizadas não reduziram a intensidade de dor, mas no grupo de mulheres que utilizaram as técnicas promoveram a manutenção de um nível baixo de ansiedade por maior tempo durante o processo do trabalho de parto. Apesar de serem as estratégias mais utilizadas pelas participantes, nos nossos resultados também não foi encontrada relação significativa entre a diminuição de nível de dor e a utilização destas técnicas.

A técnica de mudança de posição foi referenciada por menos da metade das frequentadoras da PP, sendo que o hospital foi o local mais apontado para a realização desta técnica. Cutler (2012), num estudo observacional, com quatro parturientes em casa e quatro mulheres em trabalho de parto no hospital, efetuado para avaliar que posições as mulheres assumem durante o trabalho de parto e o parto, verificou que existe escassa diferença entre as posições adotadas pelas mulheres quer em casa quer no hospital, e a escolha depende de cada mulher. A PP tem o propósito de dotar as mulheres de conhecimentos e de habilidades, de atitudes e de valores que as ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas para o seu bem-estar, conferindo-lhes um papel interventivo.

Este empoderamento, para a tomada de decisões conscientes, já é mencionado em antigos estudos, como mostra a pesquisa realizada por Gupta e Lilford (1987), em que 91% das mulheres sentiam segurança em utilizar posições ensinadas nos cursos preparatórios durante o parto. Também concluíram, que a formação específica no período pré-natal encoraja mais as mulheres a adotarem posições alternativas durante o parto, do que as orientações dadas pelos profissionais da saúde durante o parto, ou estar em um ambiente permissivo para realizar as técnicas de mudança de posição. Os benefícios da adoção de mudanças de posição têm vindo a ser investigados. Numa revisão sistemática realizada por Sousa et al. (2006), os autores concluíram que a posição vertical ou deambulação durante o primeiro estágio do trabalho de parto pode ser segura, mas considerando as evidências disponíveis e a sua consistência, não pode ser recomendada como uma intervenção eficaz para reduzir a duração do primeiro estágio do trabalho de parto. De acordo com *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, o uso de qualquer posição vertical ou lateral, comparado com o uso de posições supina ou de litotomia confere uma redução da segunda fase do trabalho de parto, reduz a necessidade de intervenção, condiciona uma menor nível de dor percebida e um menor padrão de anomalia dos batimentos cardíacos fetais (Gupta e Nikdem, 2003).

As parturientes que realizaram mudança de posições durante a Fase I (91,9%; n=34) tiveram uma experiência de parto positiva em relação com as que não utilizaram. Alguns autores, descrevem a posição vertical (sentada, cócaras, deambulação) como facilitadora da circulação materna-fetal, contribuindo para a descida fetal, o alívio da dor, a melhoria do padrão das contrações uterinas e a diminuição do trauma perineal (Sabatino, 1997; Teixeira e Pereira, 2006; Ediane e Brüggemann, 2009). Pelo que, contribui para uma melhor vivência da experiência para o parto. É importante realizar mais estudos para averiguar quais as verdadeiras evidências e os contributos que o posicionamento oferece durante o trabalho de parto, abrangendo as várias posições que a mulher possa assumir.

A deambulação foi, ainda, praticada por mais da metade das parturientes na fase latente e executada mais em ambiente hospitalar. A deambulação no primeiro estágio do trabalho de parto é recomendada, não possui associação com o aumento de intervenções e não causa efeitos negativos na mãe ou no feto (Lawrence et al., 2010). Nas fases seguintes observou-se uma diminuição do uso desta técnica. Este achado pode estar associado à utilização da analgesia epidural que impõe o repouso no leito, apontado por muitas das parturientes, durante a entrevista, como forma de cumprir as orientações da equipa para que possam realizar a monitorização fetal contínua através da

cardiotocografia (CTG). O'Reilly, Bottomley e Rymer (2008) afirmam que a monitorização fetal contínua através de um transdutor abdominal (cardiotocógrafo) proporciona durante o trabalho de parto, um registo da frequência cardíaca fetal em tempo real, e que sua interpretação deve tomar em consideração a fase do trabalho de parto, a analgesia materna e as características das contrações. As desvantagens do uso da CTG são a complexidade dos padrões da frequência cardíaca fetal (FCF) que dificulta a padronização e a impossibilidade de livre deambulação materna. Para além disso, o seu uso rotineiro associa-se a um aumento do risco de intervenções, sobretudo a cesariana, devido aos resultados falso-positivos do estado fetal (Amorim, Porto e Souza, 2010; Alfievic, Devane e Gyte, 2010).

No nosso estudo foi constatada associação significativa entre a deambulação e o nível de dor das parturientes. As mulheres que não executaram esta técnica apresentaram um maior nível de dor no trabalho de parto. O mesmo não foi encontrado no estudo de Mamede et al. (2007) num estudo quase experimental, que visou analisar o efeito da deambulação no nível de dor durante o trabalho de parto, estes autores observaram que a quantidade deambulada durante as três primeiras horas da fase ativa está associada a um encurtamento do trabalho de parto, verificou-se que a pontuação de dor aumentou paralelamente à dilatação cervical. Por fim, os autores puderam concluir que quanto maior o trajeto percorrido pelas parturientes maior os scores de dor apontados por elas. Isto, porque a deambulação está diretamente ligada com a melhora a contratilidade uterina (Mamede, Almeida e Clapis, 2004) tornando a mulher mais suscetível a dor. Lawrence et al. (2009) numa revisão sistemática, publicada na *Cochrane Pregnancy and Trials*, e que incluiu 21 estudos com um total de 3706 mulheres, e cujo objetivo foi avaliar os efeitos de encorajar as mulheres a assumirem diferentes posições verticais (incluindo em pé, sentada e ajoelhada) versus posições reclinadas (supina, semi-reclinada e lateral), verificaram que a deambulação e as posições verticais, na primeira etapa do trabalho de parto, tendem a reduzir a sua duração e não parecem estar associadas com o aumento das intervenções ou efeitos negativos sobre o bem-estar da mãe e/ou do bebé. Os autores enfatizam que as mulheres devem ser encorajadas a assumir a posição que acharem mais confortável

Não encontramos associação significativa entre a deambulação e a duração do trabalho de parto. Este resultado foi similar ao encontrado no estudo prospetivo randomizado, com 61 parturientes, de Frenea et al.. (2004), que compararam parturientes sob analgesia epidural com ou sem deambulação livre, e que concluíram que esta técnica

não apresentava impacto na duração do trabalho de parto, nem na dor. Porém, os autores afirmam que a deambulação durante o trabalho de parto pode ser vantajosa, uma vez que foi encontrada uma associação com a redução de doses de “bupivacaína” e “ocitocina” no grupo de mulheres que deambularam.

A massagem foi pouco usada pelas participantes no estudo atual, sendo que na fase inicial do trabalho de parto foi praticada proporcionalmente tanto em ambiente domiciliar como hospitalar e nas fases seguintes executadas em sua maioria no hospital. Há poucos estudos voltados para identificar a eficácia isolada deste método não farmacológico de alívio da dor no trabalho de parto. A massagem é uma terapêutica simples, de baixo custo, que associada à respiração, à posição e à deambulação pode ser de grande valia durante o trabalho de parto (Balascas, 1993). Silveira, Campos e Fernandes (2002) em seu estudo baseado num relato de experiência com 15 parturientes, no qual a enfermeira obstetra realizava massagem nas regiões do ombro, dorsal superior e lombo-sacro, concluíram que o toque é eficiente, acalma, descontra, induz à mudança de comportamento da mulher, diminui a necessidade de analgesia, além de colaborar na construção do elo de ligação entre a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica e a parturiente. Davim, Torre e Melo (2007), no seu estudo que se propunha avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor, obtiveram como resultados que os exercícios respiratórios, o relaxamento muscular, a massagem lombo sacral e o banho de chuveiro alcançaram índices satisfatórios de aceitação e de efetividade, contribuindo para a redução da dor durante o parto. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto estão relacionados com as políticas de humanização do processo de parto e de nascimento, possibilitando às mulheres a redução do medo e o aumento da autoconfiança e da satisfação (Silva, Strapasso e Fisher, 2011). Numa recente revisão sistemática, Osório et al. (2014), que buscavam investigar a efetividade dos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, evidenciaram que a massagem, a aromaterapia, o banho de imersão, a acupuntura e a acupressão são métodos eficazes para aliviar a dor no trabalho de parto, pois além de diminuírem a percepção dolorosa, ainda reduzem os níveis de ansiedade e de stresse. Dentre eles o que se mostrou mais eficaz foi a massagem, principalmente quando aplicada na primeira fase do trabalho de parto. Ainda como resultados, os autores identificaram que a utilização destes métodos não farmacológicos se mostrou segura na prática clínica.

A bola de Pilates teve uma pequena percentagem de utilização pelas parturientes que realizaram a PP. A utilização desta técnica pelas participantes do estudo foi mais realizada em ambiente domiciliário. Sublinha-se que as duas maternidades onde foram realizadas o estudo possuem a bola de Pilates como recurso para as parturientes. Para Silva et al. (2011), as práticas e os serviços de atenção ao parto são influenciados pelos papéis desempenhados pela parturiente, pela equipa que a assiste e pelo ambiente onde ocorre o evento. Estas autoras realizaram um estudo que visou caracterizar o uso da bola de Pilates na assistência à parturiente, tendo verificado que esta técnica não revela dificuldade na sua implementação. É preciso que haja mais estudos voltados para o benefício desta técnica e haja uma melhor sensibilização da equipa de enfermagem, de forma a contribuir para um melhor apoio à parturiente, promovendo mais conforto e uma maior satisfação com o trabalho de parto.

A bola de Pilates usada na Fase I parece constituir um fator facilitador do parto por via vaginal. De facto, observou-se uma associação significativa entre a utilização da bola de Pilates na Fase I e o desfecho do parto por via vaginal. Apesar de não haver consenso na literatura, nem estudos que o comprovem cabalmente, a bola de Pilates tem sido descrita como facilitadora da descida fetal. Carrière (1999) descreve a bola de Pilates como um recurso que estimula a posição vertical, possibilita o balanço pélvico, o relaxamento, o alongamento e o fortalecimento da musculatura pélvica. O mesmo concluíram Silva et al. (2011) ao caracterizarem o uso da bola de Pilates na assistência à parturiente, verificando que a mesma ajuda na promoção da descida da apresentação fetal (32,4%), no relaxamento (19,7%), na progressão do parto (17,1%), no exercício do períneo (14,5%) e no alívio da dor (11,8%), contribuindo também nos benefícios psicológicos e na movimentação materna. Outros estudos analisaram a repercussão da bola de Pilates durante o trabalho de parto e concluíram que a técnica de ajuda no alívio da dor (Oliveira, Bonilha e Telles, 2012; Babiére et al., 2013). Para Kwan, Chan e Li (2011) a implementação de métodos não farmacológicos para as mulheres em trabalho de parto requer discernimento e não deve interferir com as intervenções médicas necessárias. Os autores acrescentam que a bola de Pilates é uma excelente ferramenta para facilitar a mobilização e pode ser utilizada com outros métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Outro resultado que nos chama a atenção é a técnica de duche/banho de imersão ser utilizada em uma pequena amostra (12,7%) e ser realizada apenas em ambiente domiciliário. Num estudo prospetivo, randomizado e controlado com 274 mulheres

grávidas, Eckert, Turnbull e MacLennan (2001) concluíram que o ato de tomar banho durante o trabalho de parto não confere benefícios claros para a parturiente, mas pode contribuir para efeitos adversos no recém-nascido, uma vez que os bebês das mulheres do grupo que receberam banho de imersão como intervenção tiveram significativamente mais reanimação do que os bebês das mulheres do grupo de rotina; para além disso, as mulheres do grupo rotina avaliaram a sua experiência geral de parto de forma mais positiva do que as mulheres do grupo “banho”. Já no estudo de Silva e Oliveira (2006), que se tratava de um ensaio clínico, controlado e randomizado, experimental, com um total de 108 mulheres em trabalho de parto, no qual metade tiveram como intervenção o banho de imersão durante o trabalho de parto, as autoras referem que o banho de imersão permite que a mulher assuma o comando da situação, uma vez que pode mobilizar os seus recursos para encontrar o seu bem-estar durante todo o processo de trabalho de parto. Como achados, observaram que a técnica do banho de imersão contribui para a redução e postergação do uso de fármacos no controlo da dor sem interferir na progressão do trabalho de parto, tornando a parturiente mais ativa e colaborante e, ainda, permite uma maior participação do acompanhante. Foi evidenciada uma diminuição na perceção do nível de dor nas parturientes que utilizaram a técnica de duche/banho de imersão no nosso estudo. Resultado que vão de encontro com o de Silva, Oliveira e Nobre (2009), que compararam os níveis de dor nas mulheres nulíparas que durante o trabalho de parto realizaram banho de imersão com as que não realizaram esta técnica, o índice de pontuação da dor foi menor nas mulheres que fizeram banho de imersão.

Apesar de ser uma estratégia de alívio da dor com bons resultados, os setores da maternidade dos dois hospitais em estudo não possuem estrutura física para o banho de imersão e a prática de duche não é incentivada. Ainda é preciso sensibilizar os profissionais de saúde sobre a eficácia deste método durante o trabalho de parto.

Ouvir música foi a estratégia menos referida pelas participantes do estudo. Numa fase inicial não houve diferença em relação ao local de execução. Já na fase II as mulheres que ouviram músicas as fizeram no hospital e na fase seguinte nenhuma participante realizou esta técnica. Apesar das duas maternidades onde o estudo foi realizado possuírem som ambiente, só consideramos a técnica realizada pelas parturientes quando de facto a música foi usada como medida não farmacológica para o alívio da dor. A utilização da música é considerada eficaz como meio de distração, provoca um estímulo agradável ao cérebro, desviando a atenção do foco da dor (Neto, 2006) causa relaxamento e, consequentemente, diminui a dor percebida (Castro, 2009).

Durante o parto, os “esforços expulsivos voluntários”, seguido de “esforços expulsivos voluntários + respiração” e a “respiração”, foram as estratégias mais frequentemente referidas. Não houve evidências significativas na utilização destas técnicas como meio de diminuir o nível de dor durante o parto. Ao contrário dos resultados do estudo que desenvolvemos, Ip et al. (2003) verificaram que a respiração foi apontada pelas mulheres da sua amostra como o principal método de alívio da dor durante o parto.

A maioria das mulheres que frequentaram a PP executaram esforços expulsivos voluntários (96,5%), no entanto, não encontramos uma associação significativa com a presença de laceração perineal. Já no estudo de Caroci et al. (2014), numa amostra de 317 primíparas, houve diferença significativa em relação ao tipo de esforço expulsivo, nas mulheres que tiveram percepção de puxo, observou-se um maior número de lacerações perineais que o esperado. Situação inversa ocorreu para o puxo dirigido, onde foram observadas menos lacerações do que o esperado.

De um modo geral, observamos que as técnicas de relaxamento e de conforto para o alívio da dor são mais utilizadas durante a fase latente (Fase I). A redução destas técnicas nas fases seguintes pode estar associada à utilização de analgesia epidural, e no nosso estudo foi detetado que mais de metade da amostra (56,1%) efetuou analgesia epidural durante a fase ativa do trabalho de parto. Logo, o alívio da dor por meios farmacológicos justifica essa diminuição. Não obstante, é notório que as técnicas mais apontadas pelas parturientes (respiração/relaxamento e mudança de posição) são técnicas que dependem das próprias, não necessitando de instrumentos, de apoio de terceiros ou de ambiente propício. É preciso sensibilizar as equipas de saúde, assim como as instituições hospitalares, para incentivar o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor com o intuito de tornar o momento do parto numa experiência mais positiva.

A dor do trabalho de parto foi pontuada pelas participantes deste estudo de forma progressiva em relação à progressão do trabalho de parto, evidenciando uma maior pontuação na Fase II (4-8 cm). Não havendo uma diferença na percepção de dor entre mulheres que frequentaram os cursos de preparação para o parto quando comparadas com as que não o fizeram. Para Lowe (2002), o avanço da dilatação cervical combinada com a frequência e intensidade aumentadas das contrações uterinas é uma explanação lógica para a dor intensa que muitas mulheres experienciam, durante o final do primeiro período de trabalho de parto. O facto da ausência de dor ser mais referenciada durante o parto é fundamentado pela ação analgésica da epidural. A intensidade da dor sentida pelas

mulheres no trabalho de parto é amplamente variável, e está sujeita a influências psíquicas, cognitivas, sociais, culturais, orgânicas e aos possíveis desvios da normalidade (stress), além de outros fatores como distocia, que podem aumentá-la (Niven e Murphy-Black, 2000; Caton et al., 2002).

Quando questionadas sobre a eficácia das estratégias não farmacológicas para alívio da dor, a maioria das participantes (95,1%, n=97) considera ser eficaz. Davim (2007), que propunha identificar a eficácia dos métodos não farmacológicos durante a fase ativa do trabalho de parto numa amostra de 130 parturientes, comprovou a sua eficácia, seja através da utilização dos métodos de forma combinada ou isolada. Num estudo recente, sobre estratégias para lidar com a dor no parto, Kulesza-Brończyk et al. (2013) encontraram motivos para supor que o tratamento psicológico pode ser útil durante o trabalho de parto. Esse tratamento deve utilizar estratégias que facilitem a expressão de emoções e o lidar com a dor. Contudo, os autores enfatizam que somente com uma aplicação consciente das estratégias de enfrentamento da dor é que se pode melhorar significativamente o estado de espírito das parturientes, mudando as suas atitudes em relação ao trabalho de parto e induzindo a co-responsabilidade para a progressão do mesmo.

Em relação ao modo como vivenciaram e perceberam a experiência de parto, quase 3/4 das participantes do estudo referiram ter tido uma boa experiência de parto e de entre os fatores mais apontados obtivemos o apoio da equipa de enfermagem/médica, a utilização de analgesia epidural, um trabalho de parto rápido, o apoio do companheiro/acompanhante, e as expectativas dentro do idealizado. A PP foi identificado como fator predisponente para uma boa experiência de parto por uma pequena percentagem 11,1% (n=17) das inquiridas. Lopes et al. (2009), num estudo que visou conhecer os sentimentos da puérpera acerca da experiência do parto e do nascimento do seu filho, concluíram que as mulheres que receberam informações em relação ao parto e que se prepararam para ele permaneceram tranquilas e seguras, tornando-se protagonistas de seu parto e vivenciando-o plenamente.

Hodnett et al. (2003), em sua revisão sistemática sobre dor e satisfação das mulheres com a experiência do parto e nascimento, concluíram que o suporte recebido pelos profissionais, a qualidade do relacionamento com eles, o envolvimento na tomada de decisão e as expectativas em relação à experiência do parto são fatores mais importantes na definição das mulheres de satisfação com o parto. Os mesmos autores acrescentam, ainda, que os fatores do foro socioeconómico, etnicidade, intervenções

médicas, ambiente físico e preparação para o parto parecem ser considerados menos importantes. Outros autores, também fortalecem os achados do nosso estudo. De facto, Ip et al. (2003) concluíram que o apoio emocional dado pelo parceiro e a presença da enfermeira obstetra durante o trabalho de parto foram percebidos como os mais importantes tipos de apoio.

O efeito positivo do apoio contínuo durante o trabalho de parto tem sido bastante estudado. Uma revisão sistemática, que incluiu 16 ensaios e 13391 mulheres, apresentou como resultados um impacto positivo na duração do trabalho de parto, maior satisfação com a experiência do parto, maior possibilidade de um parto vaginal espontâneo e uma menor taxa de analgesia epidural nas mulheres que tiveram um apoio contínuo (Hodnett et al., 2010). Os autores concluem que todas as parturientes deveriam contar com o suporte contínuo durante o trabalho de parto.

No presente estudo, 25,4% (n=52) das participantes afirmaram ter vivenciado uma experiência negativa, tendo contribuído para isso a dor forte/insuportável, o trabalho de parto e parto demorados e o tipo de parto (ventosa e cesariana). Encontramos uma associação extremamente significativa entre a dor sentida durante o parto e uma experiência de parto negativa. A percepção dolorosa tem sido uma constante nos relatos das mulheres. Esta percepção reflete-se na intensidade da dor, através de uma atitude pré-concebida sobre a dor do parto (Barros, 2011). Costa et al. (2003), que objetivavam averiguar as expectativas, a satisfação e a dor durante o trabalho de parto e parto em 115 mulheres primíparas, concluíram que de uma forma geral, as mulheres se mostravam insatisfeitas com a sua experiência de parto, relacionando esse facto com a longa duração do mesmo e sobretudo com a intensidade da dor sentida. Johnson e Slade (2003) acrescentam que a ansiedade e o medo do parto têm sido associados com o aumento da contratilidade uterina e da duração do trabalho de parto.

Vários estudos foram realizados para avaliar a associação entre a duração do trabalho de parto e o medo do parto. A conclusão é que mulheres que apresentam medo do parto tendem a ter um trabalho de parto prolongado, uma experiência mais negativa, um aumento de partos distócicos e um aumento de taxas de cesariana de emergência (Waldenström, Hildingsson e Ryding, 2006; Laursen, Johansen e Hedegaard, 2009; Adams, Eberhard-Gran e Eskild, 2012). Como limite do nosso estudo, não obtivemos dados suficientes para realizar essa associação.

Referente à experiência de parto, houve uma diferença extremamente significativa, as mulheres que tiveram um trabalho de parto mais prolongado vivenciaram

uma experiência mais negativa. Este resultado vai ao encontro dos estudos de Waldenstrom (1999) e de Oliveira et al. (2010), que ao analisarem fatores predisponentes para uma experiência de parto negativa, encontraram uma diferença significativa nas mulheres que referiam ter tido um trabalho de parto prolongado.

A experiência do parto está associada a diferentes parâmetros, no entanto alguns estudos mostram existir uma satisfação geral mais positiva com o parto eutócico (Oliveira et al., 2002; Conde et al., 2007; Medeiros, 2012; Matos, 2012). As mulheres com parto distócico experimentaram mais sentimentos negativos durante o trabalho de parto e o parto, como medo, mal-estar e dor (Casquilho, 2008). Rizk et al. (2001) constataram em seu estudo que as mulheres que têm um desfecho de parto por cesariana referem uma experiência mais negativa relacionada com a insatisfação no seu processo de tomada de decisão, contribuindo para a sensação de medo, raiva, desapontamento, culpa e fracasso. Barros (2011) considera que a decisão da escolha de parto por cesariana favorece uma experiência negativa ou traumática.

CONCLUSÕES

O parto é considerado um dos momentos mais importantes da vida mulher. Nele englobam-se um misto de sentimentos. Tornar essa experiência a mais positiva possível para todas as mulheres é foco de atenção dos profissionais da saúde que as assistem. Os programas de preparação para o parto concebidos e implementados pelos EESMO potencializam a capacidade das parturientes em tornarem-se mais ativas no seu processo do trabalho de parto, seja através da aquisição de conhecimentos, quer através do desenvolvimento de competências que as ajudem a lidar com o trabalho de parto.

O estudo que desenvolvemos, com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre a real efetividade dos programas de preparação para o parto em termos dos ganhos em saúde, está longe de alcançar resultados definitivos sobre o tema. Acreditamos que os resultados obtidos poderão servir para ilustrar uma faceta da realidade e poderão constituir um pretexto para futuras investigações. Dos resultados obtidos destacamos aqueles que nos parecem mais significativas e que dão resposta aos objetivos do nosso estudo.

As participantes do estudo revelam características sociodemográficas sobreponíveis com a população em idade fértil portuguesa e o Serviço Nacional de Saúde é utilizado pela maioria. De facto, a amostra foi constituída por mulheres com idade em torno dos 29 anos, casadas, com nível de escolaridade elevado e, na generalidade, trabalhadoras ativas. O local de assistência em saúde durante a gravidez referido por mais de 3/4 das participantes foi o serviço público. Todavia, algumas mulheres associaram a assistência pública a assistência de saúde privada. O centro de saúde foi o local mais frequentemente referido pelas participantes que frequentaram o serviço público para a assistência pré-natal. Constitui um achado inesperado uma participante referir não ter tido nenhum tipo de assistência pré-natal. Todavia, na maioria das participantes observou-se um número adequado de consultas.

Hoje em dia, ainda apenas metade das grávidas prepara-se para o parto sob a orientação das EESMO. O que desafia os profissionais a reverem as intervenções que

oferecem, nomeadamente sendo fundamentadas com os princípios inerentes à informoterapia e a oferta de horários mais flexíveis, já que, como referido anteriormente, a maioria das mulheres são trabalhadoras no ativo.

Apesar de os programas de preparação para o parto disponibilizarem informações que ajudem a mulher/casal a identificar os verdadeiros sinais de trabalho de parto e a aprimorar as suas competências para lidarem com a fase latente do trabalho de casa em casa, através da utilização de técnicas de relaxamento e conforto aprendidas durante as intervenções de PP, nos resultados deste estudo a preparação para o parto não emergiu como o fator determinante para uma admissão mais tardia.

A duração do trabalho de parto não parece ser influenciada pelo tipo de início do trabalho de parto, seja espontâneo ou induzido. De facto, não foi observada diferença significativa entre a duração do trabalho de parto nas mulheres que o iniciaram de forma induzida em relação e as que iniciaram de forma espontânea.

A influência da preparação para o parto na taxa de episiotomias continua por esclarecer. Efetivamente, observou-se que mais de 3/4 das parturientes com parto vaginal tiveram episiotomia e que em 1/4 das mulheres apresentaram laceração perineal, mas da análise não foi encontrada qualquer relação com a PP. Todavia, verificou-se que as mulheres que tiveram um trabalho de parto mais rápido tiveram uma maior percentagem de laceração perineal quando comparada com as que tiveram um trabalho de parto mais lento.

A influência da preparação para o parto, e consequente recurso a estratégias aprendidas durante as intervenções em grupo, parecem ter algum tipo de impacto no nível de dor percebida. Esta conclusão emerge pelo facto de ter sido observado que as mulheres que não deambularam e que não utilizaram de técnica de duche/imersão tendiam a ter uma maior perceção de dor. O contrário foi observado nas mulheres que executaram a técnica de respiração e relaxamento, uma vez que as que executaram potencializaram um maior nível de dor durante a Fase III. Contudo, todas as mulheres que efetuaram PP utilizaram, durante o trabalho de parto, realizaram alguma técnica de relaxamento e conforto para o alívio da dor.

Observamos que na Fase I (0-4 cm) foi o momento em que as estratégias são mais usadas, ocorrendo um decréscimo à medida que vai evoluindo o trabalho de parto. Este achado pode ser justificado pelo facto de já estarem internadas e sob orientação dos profissionais e sob alçada dos protocolos em uso. As estratégias mais referidas pelas participantes do estudo foram as técnicas de relaxamento e da respiração. A deambulação

foi praticada por mais da metade das parturientes na fase latente, mas não foi observada associação estatística com a duração do trabalho de parto. Também a mudança de posição foi referida por menos da metade das participantes com preparação para o parto, tendo sido considerada pelas próprias como fator favorável para uma experiência de parto positiva. A bola de Pilates teve uma pequena percentagem de utilização pelas parturientes que realizaram a PP, apesar das duas maternidades de escolha do estudo possuírem este método no auxílio às mulheres no trabalho de parto. Contudo, as que praticaram a bola de Pilates tiveram maior probabilidade de parto vaginal.

Para além do efeito positivo no trabalho de parto, a utilização das diversas estratégias é percebido como algo positivo pelas parturientes. De facto, quando questionadas sobre a eficácia percebida das estratégias não farmacológicas a grande maioria considera-as eficazes.

A utilização das competências desenvolvidas durante a PP também parecem ser relevantes para a fase do período expulsivo. Esta conclusão tem por fundamento o facto de os “esforços expulsivos voluntários” e os “esforços expulsivos voluntários + respiração” terem sido bastante utilizadas nesta fase. No entanto, não foi observada associação significativa com a presença/ausência de laceração perineal.

Há estratégias pouco utilizadas, como é o caso de duche/banho de imersão e ouvir música. Todas as mulheres que recorreram ao duche/banho imersão como método de alívio para a dor no trabalho de parto, o fizeram em casa. As maternidades escolhidas no nosso estudo só dispunham de estrutura física para a realização da técnica de duche, uma vez que ambas não possuem banheira para realizar a técnica de imersão. Fato este, que contribui para a baixa execução da técnica. Ainda constatamos que poucas mulheres levaram para a maternidades músicas selecionadas por elas como medida de relaxamento durante o trabalho de parto. As duas maternidades nas suas salas de pré-parto e parto possuíam música ambiente. No entanto, só aquelas que afirmaram buscarem na música um meio de alívio da dor e relaxamento foram consideradas como praticantes da técnica.

A dor do trabalho de parto, “dói”, mesmo com analgesia epidural, que quase todas as parturientes tiveram. Esta dor foi pontuada pelas participantes deste estudo de forma progressiva em relação ao trabalho de parto, evidenciando uma maior pontuação na Fase II (4-8 cm). Todavia, não foi possível estabelecer uma diferença na dor percebida entre mulheres que frequentaram a preparação para o parto quando comparadas com as que não o fizeram. Talvez esteja aqui um desafio para as EESMO.

A grande maioria das participantes referiram uma experiência de parto positiva e como fatores contribuintes mais relatados obtivemos o apoio da equipa de enfermagem/médica, a utilização da anestesia epidural, um trabalho de parto rápido e o apoio do companheiro/acompanhante e as expectativas dentro do idealizado. As que consideraram o trabalho de parto uma experiência negativa, afirmaram que a dor forte/insuportável, o trabalho de parto demorado, e o parto instrumentalizado (ventosa e cesariana) como elementos influenciadores desse significado. De facto, quanto mais demorado é o trabalho de parto, maior é o nível de dor percebido, conforme foi observado neste estudo. Torna-se cada vez mais claro que o desafio dos EESMO é ajudarem as parturientes a encontrarem estratégias facilitadoras da progressão do trabalho de parto.

Os EESMO têm papel fundamental na promoção dos cuidados na assistência às parturientes. A atenção, a sensibilidade e o cuidado dos profissionais são elementos essenciais para garantir um trabalho de parto mais seguro e uma experiência de parto mais prazerosa, respeitando as decisões das mulheres a respeito do seu parto, sem esquecer de compreender que tal processo é um evento social, com influências culturais, exigindo um profissional diferenciado, com formação ético-humanística e científica para prestar cuidados à mulher, de maneira afetuosa, empática e segura. Para além desse suporte emocional prestado pelo profissional de enfermagem e necessário sensibilizá-lo para oferecer subsídios para que a mulher vivencie este momento de maneira menos dolorosa e sofrida, através de técnicas de relaxamento e conforto como massagem, banhos, deambulação, utilização de bola de Pilates, ouvir música, técnicas de respiração e todo o tipo de situação que possa trazer alívio e tranquilidade.

A concretização deste trabalho trouxe-nos resultados significativos e esperamos que ele seja motivo de interesse e motivação a próximos investigadores com interesse pela área da preparação para o parto, nomeadamente, pelos profissionais da saúde e que assim, possam vir a ter um papel decisivo na assistência a essas mulheres. Consideramos que as informações produzidas pela pesquisa permite refletir sobre a PP na progressão do trabalho de parto e parto e identificar dentro da filosofia básica da preparação os fatores desencadeadores da motivação da mulher/casal em participar cada vez mais nos programas de preparação para o parto. Talvez a oferta de um programa de preparação para o parto individualizado, em função das necessidades e expectativas de cada casal, possa constituir uma mais-valia na sua preparação e atitude face ao trabalho de parto.

Uma das limitações deste estudo guarda relação estreita com os modelos dos programas de preparação para o parto em uso. O que se verificou foi que a amostra das

mulheres que participaram dos programas de preparação para o parto revelaram diferentes formas de participação e diferentes conteúdos/estratégias/objetivos.

Acreditamos que um estudo de ensaio clínico randomizado com uma amostra mais numerosa e com programas de preparação mais uniformes possam ajudar no desenvolvimento do conhecimento para a disciplina e para a profissão.

BIBLIOGRAFIA

ABRARNOVITZ, S. et al. - Trombocytopenia, low molecular weight heparin, and obstetric anesthesia. *Anesthesiology Clin N Am*. Vol. 21 (2003), p. 99-109.

ADAMS, S.S.; EBERHARD-GRAN, M.; ESKILD, A. - Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 119 (2012), p. 1238-1246.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS) – *Portal de Codificação Clínica*. (2012). [Em linha]. [Consultado em Março de 2014]. Disponível na internet: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>.

ALEHAGEN, S.; WIJMA, B.; WIJMA, K. - Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Vol. 85 (2006), p. 56-62.

ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, G.M. - Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Vol. 5 (2013). DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub2.

ALMEIDA, N.A.M. et al. - Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.13, nº1 (2005), p. 52-58.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND GYNECOLOGISTS. - ACOG -*Supports epidural pain relief on demand (ACOG news release)*. Washington. DC, 2002.

ANDERSON, V. et al. - Prenatal infections: HIV and co-infections in the placenta and therapeutic interventions. *Placenta*. Vol. 22 (2001), p. 34-37.

ANIM-SOMUAH, M.; SMYTH, R.; HOWELL, C. - Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. In: *The Cochrane Library*. Vol.1 (2011). [Em linha]. [Consultado em Junho de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235275>.

ARAGÃO, J. - Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Praxis*. Vol. 3, nº 6 (2011), p. 59-62.

ASSIS, M.M.A; JESUS, W.L.A - Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. Vol. 17, nº 11 (2012), p. 2865-2875.

BALASKAS, J. *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. São Paulo: Ground; 1993.

BARACHO, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspetos da mastologia*. 4. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARBIERI, M. et al. - Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paul. enferm.* Vol. 26, nº 5 (2013), p. 478-484.

BARBOSA, I.S.; DIAS, I.F.S.; ITO, K.C. - *Humanização da Assistência ao Parto*. (2009). [Em linha]. [Consultado em Fevereiro de 2014]. Disponível na internet: http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_10_1286201493.pdf.

BRANDEN, P.S. - *Enfermagem Materna Infantil*. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso editores, 2000.

BARROS, M.L.F. - Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. *Rev. Enferm.* Vol. 5, nº 2 (2011), p. 496-504.

BERGOLD, L.B. - *A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental*. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ; 2005. Tese de Mestrado.

BERGOLD, L.B; TITONELLI A.N.A.T. - A música terapêutica como uma tecnologia aplicada aocuidado e ao ensino de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* Vol. 13, nº 3 (2009), p. 537-542.

BERGSTROM, M.; KIELER, H.; WALDENSTROM, U. - Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. Vol. 79 (2010), p. 794-800.

BOBAK, I. M.; LOWDERMILK, D. L.; JENSEN, M. D. - *Enfermagem na Maternidade*. 4.^a Edição. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-09-6.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde. - *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BRUGGEMANN, O.M.; PARPINELLI, M.A., OSIS, M.J.D. - Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. *Caderno Saúde Pública*. Vol. 21, nº 5 (2005), p. 1316-1327.

CAMANO, L. et al. - *Obstetrícia*. São Paulo: Manole; 2003.

CAMPBELL, D. et al - Parenteral opioids for labor analgesia. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Vol. 46 (2003), p. 617-622.

CAMPERO, L. et al. - Support from a prenatal instructor during childbirth is associated with reduced rates of caesarean section in a Mexican study. *Midwifery*. Vol. 20, nº 4 (2004), p. 312-323 [Em linha]. [Consultado em Julho de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15571880>.

CAMPOS, D.A. et al. - *Medidas para reduzir as taxas de cesarianasna região Norte de Portugal*. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte. IP. (2010). [Em linha]. [Consultado em Maio de 2014]. Disponível na internet: http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf.

CAROCI, A.S. et al. - Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Revista Enfermagem UERJ*. Vol. 22, nº 3 (2014), p. 402-408.

CARRIÈRE, B. - *Bola suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica*. São Paulo: Manole; 1999.

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAES, F.O.B. - Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Revista Femina*. Vol. 38, nº 5 (2010), p. 265-270.

CASQUILHO, F.M.S. - *A experiência e a satisfação com o parto e a confiança nos cuidados maternos*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2008. Tese de Mestrado. [Em linha]. [Consultado em Junho de 2014]. Disponível na internet: <http://hdl.handle.net/10451/906>.

CASTRO, A.V.A. As repercussões da música na dor do trabalho de parto: contribuições para enfermagem obstétrica. 2009. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009. Dissertação de mestrado. [Em linha]. [Consultado em Outubro de 2014]. Disponível na internet: http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/dissertacoes%202009/as%20repercussoes%20da%20musica%20na%20dor%20do%20trabalho%20de%20parto%20%20contribuicoes%20para%20enfermagem%20obstetrica.pdf.

CATON, D. et al. - The nature and management of labor pain: executive summary. *Am J Obstet Gynecol*. Vol. 186, nº 5 (2002), p. 1- 15.

CHACHAM, A.S. - Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal como “risco” e a medicalização do parto no Brasil. (2006). [Em linha]. [Consultado em Junho de 2014]. Disponível na internet: http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/A/Alessandra_Chacham_26.pdf

CHALMERS, B. et al - Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*. Vol. 36, nº 1 (2009), p. 13-25.

CHALMERS, B.; KINGSTON, D. - *Prenatal classes. In What mothers say: The Canadian Maternity Care Experience Survey*. Ottawa, Canada: Public Health Agency of Canada, 2009. p. 47-50.

CHANG, M.Y.; CHEN, C.H.; HUANG, K.F. - A Comparison of Massage Effects on Labor Pain Using the McGill Pain Questionnaire. *Journal Nurs Res*. Vol. 14, nº 3 (2006), p. 190-197.

CIRCULAR n.º 1/87/DGAP. - Preparação para o parto, dispensa de serviço ao abrigo do artigo 12.º n.º 1 da Lei n.º 4/84, de 5 de Abril. [Em linha]. [Consultado em Julho de 2014]. Disponível na internet: www.dgap.gov.pt/upload/Legis/c1_dgap_87.pdf.

CIRCULAR NORMATIVA N.º 2/2006 ARS Norte de 24/02/2006 – *Preparação para o parto – Método Psicoprofilático*. Administração Regional de Saúde do Norte.

CLUETT, E.R. et al-. Immersion in water in pregnancy, labour and birth (Cochrane Review). *In: The Cochrane Library*. Vol. 1 (2004). [Em linha]. [Consultado em Setembro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106143>.

CLUETT, E.R.; BURNS, E.E. - Immersion in water in labour and birth. (Cochrane Review). *In: The Cochrane Library*. Vol. 1, (2009) DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3. [Em linha]. [Consultado em Outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370552>.

COLLIS, R.E.; DAVIES, D.W; AVELING, W. - Randomized comparison of combined spinal-epidural and standard epidural analgesia in labor. *Lancet*. Vol. 345 (1995), p. 1413-1416.

CONDE, A. et. al. - Perceção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, saúde e doenças*. Vol. 8, nº 1 (2007), p. 49-66.

CORDEIRO, A. et al. - Gravidez Não Viglada. A Experiência da MAC em 2004. *Arq. Mat. Alfredo da Costa*. Vol 16, nº 4 (2006), p. 14-16.

CORREIA, C. C. - *Fatores que determinam a escolha do tipo de parto pela mulher e a importância da assistência de enfermagem nesse processo*. Artigo redigido para Conclusão de

Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Docência Universitária: métodos e técnicas – Centro Universitário Adventista de São Paulo- Campus 2, São Paulo: Engenho Coelho, 2011.

COSTA, B.F.; PACHECO, A.; PAIS, A. - Tipo de parto : expectativas, experiências, Dor e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. Vol. 6, nº 26 (2003), p. 265-306.

COSTA, B.F.; PACHECO, A.; PAIS, A. - Parto: Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação. *Psic., Saúde & Doenças*. Vol. 4, nº 1 (2003), p. 47-67.

COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. - Antecipação e experiência emocional de parto. *Cadernos de saúde pública*, 2007.

COUTINHO, L.M.S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P.R. - Métodos para ensinar a prevalência em estudos de coorte transversal. *Rev. Saúde Pública*. Vol. 42, nº 6, 2008.

COUTINHO, C. P. - Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: *Teoria e Prática*. Vol. 2. (2013). Coimbra: Almedina.

COUTO, G. - Conceitualização pelas Enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latina-Americana de Enfermagem*. Vol. 14, nº 2 (2006), p. 190-198.

COUTO, G.R. - *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (2002). Tese de Mestrado. [Em linha]. [Consultado em Maio de 2014]. Disponível na internet: file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/4616_TM_01_C.pdf.

CUNHA, F. - Preparação para o parto no Centro de Saúde de Ílhavo: contributo prático da vigilância pré-natal. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*. Vol 8 (2008), p. 21-25.

CUNNINGHAM, F. et al. - Analgesia and anesthesia. *Williams Obstetrics*. Mc Graw Hill. Vol. 21 (2001), p. 362-383.

CUTLER, L. - A consideration of the positions women adopt for labour. *British Journal of Midwifery*. Vol. 20, nº 5 (2012), p. 92-96.

DAVIM, R. – *avaliação da efectividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação de parto, 2007*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Tese de Doutorado.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; MELO, S.V - Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Rev Latino-am Enfermagem*. Vol. 15, nº 6 (2007), p. 1150-1156.

DELLMAN, T. - “The best moment of my life”: A literature review of Fathers’ experience of childbirth. *Australian Midwifery*. Vol. 17, nº 3 (2004), p. 20-26.

DEN HERTOOG, C.E.; DE GROOT, A.N.; VAN DONGEN, P.W. - History and use of oxytocin. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Vol. 94, nº 1 (2001), p. 8-12.

DIEHL, A.A. - *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DINIZ, S.; DUARTE, A. - *Parto Normal ou Cesárea?* Rio de Janeiro: UNESP, 2004.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE- Preparação para o parto- Método Psicoprofilático. Circular Normativa nº 2/2006- ARS Norte de 24/02/2006.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Home Page. [Em linha]. [Consultado em Junho de 2014]. Disponível na internet: <http://www.dgsaude.pt>.

DOMINGUES, R.; SANTOS, E.; LEAL, M. - Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate, *Caderno de saúde pública*. Vol. 20, nº 1 (2004), p. 552-561.

DOWSWELL, T. et al. – Alternative versus standard packages of antenatal care for low- risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 6, nº 10 (2010), p. 61-68.

DRUMMOND, J. P. - *Dor aguda: fisiologia, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000.

ECKERT, K.; TURNBULL, D. ; MACLENNAN, A. - Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth*. Vol. 28, nº 2 (2001), p. 84-93.

EDIANEZ, G.M. BRÜGGEMANN, O.M. - Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. *Rev Lat Am Enferm*. Vol. 17, nº 2 (2009), p. 153-159.

ENKIN, M. et al. - *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3.^a Edição. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2000.

ENKIN, M. et al. - Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3.^a Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT. Health and care of pregnant women and babies. (2010). [Em linha]. [Consultado em Outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.europeristat.com>.

FABIAN, H.M.; RADESTAD, I.J.; WALDENSTROM, U. - Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*. Vol. 20 (2004), p. 226-235.

FALCÃO, J.T.R.; RÉGNIER, J. - Sobre os métodos quantitativos na pesquisa em ciências humanas: riscos e benefícios para o pesquisador. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. Vol. 81, nº 198 (2000), p. 229-243.

FERREIRA, A.M. - *Métodos estatísticos e delineamento experimental- Testes não paramétricos*. (2001). [Em linha]. [Consultado em Agosto de 2014]. Disponível na internet: http://docentes.esa.ipcb.pt/mede/apontamentos/testes_ao_parametricos.pdf.

FERREIRA, C.H. - *Fisioterapia: Teoria e Prática Clínica – Fisioterapia na saúde da Mulher: Teoria e Prática Clínica*. São Paulo: Guanabara Koogan LTDA, 2011, p. 291-291.

FIGUEIREDO, B.- Depressão pós parto: considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria clínica*. Vol. 22, nº 3 (2001), p. 329 – 339.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R. ; PACHECO, A. – Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*. Vol. 20, nº 2 (2002), p. 203-217.

FISHER, J.; ASTBURY, J; SMITH, A. - Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*. Vol. 31 (1997), p. 728-738.

FOK, W.Y. et al.. - Fetal hemodynamic changes after amniotomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Vol. 84, nº 2 (2005), p. 166-169.

FORTES, P.A.C. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direito dos pacientes, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

- FORTIN, M. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FORTIN, M. - *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusodidacta, 2003.
- FORTIN, M. - *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociências-Edições Técnicas e Científicas, Ltda, 1999, p. 330.
- FRASER, W.D. et al. - Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). *In: The Cochrane Library*, Vol. 1, 2006.
- FRATELLI, N.; et al. - Effects of epidural analgesia on uterine artery Doppler in labour. *BJA: The British Journal of Anaesthesia*. Vol.106 (2011), p. 221-224.
- FREITAS, M.G.; FREITAS, M.N. - Preparação para o parto pelo método psicoprofilático. *Revista Sinais Vitais*. Vol. 48 (1996), p. 41-45.
- FRENEA, S. et al. - The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. *Anesth Analg*. Vol. 98, nº1 (2004), p. 224-229.
- FRENEA, S. et al. - The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. *Anesth Analg*. Vol. 98, nº 1 (2004), p. 224-229.
- GALLO, R.B.S. et al. - Grau de dilatação cervical e solicitação da analgesia regional por parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas. *Rev. dor*. Vol.13, nº 1 (2012). [Em linha]. [Consultado em Fevereiro de 2014]. Disponível na internet: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000100006>.
- GALVÃO, M.C.B.; DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V. - Banho de Chuveiro: Estratégia Efetiva na Redução da Dor de Parto. *Fiep Bulletin on line*. Vol. 79 (2009). ISSN-0256-6419. [Em linha]. [Consultado em Julho de 2014]. Disponível na internet: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/3089>.
- GARCIA, D.M.; GOTO, S. - Avaliação da dor. *Arquivos do 6º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre dor*. São Paulo, Lemos Editorial e Gráficos, 8-10 de Maio de 2003, p. 55-57.
- GAYESKI, M.E.; BRÜGGEMANN, O.M. - Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*. Vol. 19, nº 4 (2010), p. 774-782.
- GIL, A.C. - *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4.ª Edição. São Paulo: Atlas, 2002.
- GONÇALVES, C.C. - *Musicoterapia Aplicada no Pré-Parto e Parto*. Monografia de Conclusão do Curso de Graduação em Musicoterapia. Universidade de Ribeirão Preto, 2004.
- GONZAGA, R.A.F. - *Regras básicas de investigação clínica*. Lisboa: Piaget, 1994.
- GRAÇA, L.M. - *Episiotomia e lacerações Perineais. Fundamentos e Prática Clínica*. 3.ª Edição. Lisboa: Lidel, 2005.
- GRADÍSSIMO, A.M.D.; TORRE, M.A.D.; FERREIRA, M.S. - A Bola de Pilates e a musicoterapia no trabalho de parto. Congresso Internacional de Saúde Sexual e Reprodutiva: Da Formação aos Desafios da Intervenção em Saúde Sexual e Reprodutiva. Livro de Resumos, (2014) p. 18-19.
- GUERREIRO, C. - Indications for Cesarean Deliveries During a 7-Year Period in a Tertiary Hospital. *Acta Med Port*. Vol. 26, nº 6 (2013), p. 630-632.
- GUNN, T.R. et al. - Antenatal education: does it improve the quality of labour and delivery? *N Z Med J*. vol. 96 (1983), p. 51-53.

- GUPTA, J.K.; LILFORD, R.J. - Birth positions. *Midwifery*. Vol. 3, nº 2 (1987), p. 92-96.
- GUPTA, J.K.; NIKDEM, V.C. - Position for women during second stage of labor. *In The Cochrane review*. Vol. 1 (2004). CD002006. [Em linha]. [Consultado em Março de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14973980>.
- GUPTA, J.K.; HOFMEYR, G.J.; SHEHMAR, M. - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 16, nº 5 (2012). DOI: 10.1002/14651858
- HARPER, L.M. et al. - Normal progress of induced labor. *Obstet Gynecol*. Vol. 119, nº 8 (2012), p. 1113-1118.
- HATEM, T.P. - *Efeito Terapêutico da música em crianças em pós operatório de cirurgia cardíaca*. Universidade Federal de Pernambuco Recife, PE. (2005). Tese de Mestrado.
- HODNETT, E. D. et al - Continuous support for women during childbirth. (Cochrane Review). *In: The Cochrane Library*. Vol. 3 (2013). CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
- HOFMEYR, G.J. - Evidence-based intrapartum care. *Best Pract. Rev Clin Obstet Gynaecol*. Bol. 19, nº 1 (2005), p.103-115.
- HOTMSKY, S.N.; ALVARENGA, A.T.A. - Definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Rev. Estud. Feministas*. Vol. 10, nº 2 (2002), p. 461-481. [Em linha]. [Consultado em Abril de 2014]. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14971.pdf>.
- HOWARTH, G.R.; BOTHA, D.J. - Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 3 (2001), p. 32-50.
- INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). *Management of labor*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007, p.72.
- IP, W.Y., CHIEN, W.T. e CHAN, C.L. - Childbirth expectations of chineses first-time pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 42, nº 2 (2003), p. 151-158.
- JANAKIRAMAN, V.; ECKER, J.; KAIMAL, A.J. - Comparing the second stage in induced and spontaneous labor. *Journal Obstet Gynecol*. Vol. 11, nº 3 (2010), p. 606-611.
- JOHNSON, R.C.; SLADE, P. - Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *Journal Psychosom Obstet Gynaecol*. Vol. 24 (2003), p. 1-14.
- JONES, L, et al - Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 14, nº 3 (2012). DOI: 10.1002/14651858.
- JONG, A. et al. - Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *BJOG*. Vol. 114 (2007), p. 349-355.
- KIM, H.H. et al. - Is prenatal childbirth preparation effective in decreasing adverse maternal and neonatal response to labor? A nested case-control study. *Acta Biomed*. Vol. 79 (2008), p. 18-22.
- KIMBER, L. et al. - Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. *European Journal of Pain*. Vol. 12, nº 8 (2008), p. 961-969.
- KITZINGER, S. - *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença, 1996.
- KLOMP, et al - Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 12, nº 9 (2012). DOI: 10.1002/14651858.

KOTA, S.K. et al - Endocrinology of parturition. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. Vol. 17, nº 1 (2013), p. 50-59.

KULESZA-BROŃCZYK, B. et. al.- Strategies for coping with labour pain. *Prog Health Sci*. Vol. 3, n.º2 (2013), p.82-87.

KWAN, W.S.C; CHAN, S.W; LI, W.H.- The Birth Ball Experience: Outcome Evaluation of the Intrapartum Use of Birth Ball Hong Kong. *J Gynaecol Obstet Midwifery*. Vol. 11 (2011), p. 59-64.

LAURSEN, M; JOHANSEN, C.; HEDEGAARD, M. - Fear of childbirth and risk for birth Complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *An International of Obstetrics e Gynaecology*. Vol. 116 (2009), p. 1350-1355.

LAUZON, L.; HODNETT, E.D. - Labour assessment programs to delay admission to labour wards (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Vol. 3 (2001). DOI: 10.1002/14651858.CD000936. [Em linha]. [Consultado em Julho de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0010746>.

LAWRENCE, A. et al. - Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 2 (2009). DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2. [Em linha]. [Consultado em Junho de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23959763>.

LEITE, J. S. - *Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012. Dissertação de Mestrado. [Em linha]. [Consultado em Setembro de 2014]. Disponível na internet: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-20022013-151838.

LIU, E. H.; SIA, A.T. - Rates of Caesarean section and instrumental vaginal delivery in nulliparous women after low concentration epidural infusions or opioid analgesia: systematic review. *British Medical Journal*. Vol. 28 (2004), p. 1410.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4.^a Edição. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001.

LOPES, C.V. et al. - Experiences lived by the woman in the moment of the parturition and birth of her baby. *Cogitare Enferm*. Vol. 14, nº 3 (2009), p. 484-490.

LOPES, R.C.S et al. - O antes e o Depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e crítica*. Vol. 18, nº 2 (2005), p.247-254.

LOUREIRO, R.; FERREIRA, M.; FREITAS, P. - Satisfação da mulher com o parto hospitalar: A realidade nacional. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. ISSN 1646-3625. N.º9 (2008), p. 10-13.

LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7.^a Edição. Loures: Lusodidacta, 2008.

LOWE, N.K. - A review of factors associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. *J. Midwifery Womens Health*. Vol. 52 (2007), p. 216-228.

LOWE, N.K. - The nature and management of labor pain: Peer-Reviewed papers from an evidence-based symposium. *Am. J. Obstet. Gynecol*. Vol. 186, nº 5 (2002), p. 16-24.

LYBERG, A.; SEVERINSSON, E. - Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *Journal of Nursing Management*. Vol. 18, nº 4 (2010), p. 391-399.

- MACHADO, M.H. - *Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral*. In: Graça LM, coord. *Medicina Materno-Fetal: Fundamentos e Prática Clínica*. 3.^a Edição. Lisboa: Lidel, 2005.p. 281- 292.
- MACLEAN, L.I.; MCDERMOTT, M.R.; MAY, C.P. - Method of delivery and subjective distress: Women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 18 (2000), p. 153-162.
- MACLENNAN, A. - A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*. Vol. 25, nº 3 (2009), p. 286-294.
- MAIMBURG, R.D. et al - Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *An International of Obstetrics e Gynaecology*. Vol. 117 (2010), p. 921-928.
- MALDONADO, M.T. - *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. Petrópolis(RJ): Vozes; 1991.
- MALDONADO, MT. - *Psicologia da gravidez*. 16.^a Edição. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MAMEDE, F. A. et al. - A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 6 (2007). [Em linha]. [Consultado em Janeiro de 2014]. Disponível na internet: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600016>.
- MAMEDE, F.V. et al. - *O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho*. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. (2005). Tese de Doutorado. [Em linha]. [Consultado em Outubro de 2014]. Disponível na internet: file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/MAMEDE_FV.pdf.
- MAMEDE, F.V.; ALMEIDA, A.M ; CLAPIS, M.J. - Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum Health Sciences*. Vol. 26, nº 2 (2004), p. 295-302.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. - *Fundamentos de metodologia científica*. 5.^a Edição. São Paulo: Atlas, 2003.
- MARQUES, A.A.; SILVA, M.P.P.; AMARAL, M.T.P. - *Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher*. São Paulo: Roca LTDA, 2011.
- MARTINS, I; MARQUES, M.J.; TOMÉ, J. - Analgesia Epidural Obstétrica. *Rev Port Clin Geral*. Vol. 12 (2002), p. 163-168.
- MARTINS, J.C.A. - Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. Vol. 12, nº. 2 (2008), p. 62-68.
- MARTINS, M.E.G.; PONTE, J.P. - *Organização e tratamento de dados*. Lisboa: DGIDC, 2010.
- MATOS, R.S.T.V. - *Antecipação e expectativas face ao tipo de parto*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, 2012. Tese de Mestrado. [Em linha]. [Consultado em Fevereiro de 2014]. Disponível na internet: <http://hdl.handle.net/10451/8239>.
- MATTAR, R.R.; AQUINO, M.,MA.; MESQUITA, M.R.S. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. Vol. 29, nº 1 (2007), p. 1-2.
- MAZONI, S.R.; FARIA, D.G.S; MANFREDO, V.A. - Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática. *Segura. Arq Ciênc Saúde*. Vol. 16, nº 1 (2009), p. 40-44.
- MAZZALI, L.; GONÇALVES, R. N. - *Análise do Tratamento Fisioterapêutico na Diminuição da Dor Durante o Trabalho de Parto Normal*. Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde. Vol. 12, nº 1, 2008.

MCCOLGIN, S.W. et al. - Parturitional factors associated with membrane stripping. *Am J Obstet Gynecol.* Vol. 169, nº 1 (1993), p. 71-77.

MEDEIROS, I.A. - *Expectativas e grau de satisfação da grávida e puérpera com o tipo de parto.* FCS – DCM. Universidade da Beira Interior. Coimã, 2012. Ciências da Saúde
Tese de Mestrado. [Em linha]. [Consultado em Maio de 2014]. Disponível na internet: <http://hdl.handle.net/10400.6/1173>.

MENZIES, F.M. et al. - Mast cells reside in myometrium and cervix, but are dispensable in mice for successful pregnancy and labor. *Immunology and Cell Biology.* Vol. 90 (2012), p. 321-329.

MERCER, B.M. et al. - Amniotomia precoce versus tardia para indução do trabalho de parto: um ensaio randomizado. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* Vol 174, nº 4 (1995), p. 1321-1325.

MERIGHI, M.A.B.; CARVALHO, G.M.; SULETRONI, V.P. - O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Acta Paul Enferm.* Vol. 20, nº 4 (2007), p. 434-440.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MOHAMED, H. et al - Early amniotomy after vaginal misoprostol for induction of labor: a randomized clinical trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* Vol. 288, nº 2 (2013), p. 261-265.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. - *Obstetrícia Fundamental.* 11ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MORAES, M.S.; GOLDENBERG, C. - Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cadernos de saúde pública.* Rio de Janeiro. Vol.17, nº 3, 2001.

MORGADO, C.M.L. et al. - C. - Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência.* Vol.12, nº 2 (2010), p. 17-27.

MUNNUR, U. et al. - Backache, headache, and neurilologic deficit after regional anesthesia. *Anesthesiology Clin N Am.* Vol. 21 (2003), p. 71-86.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. - *Cesarean section. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004, p. 142.*

NEME, B. - *Obstetrícia básica.* 2.ª Edição. São Paulo (SP): Sarvier, 2000, p.190-213

NETO, S.I.H. - Musicoterapia e a maternidade. *Revista Nursing.* Vol. 210 (2006), p. 6-10.

NILSEN, E.C.G. - *Dor e Comportamento de Mulheres Durante o Trabalho de Parto e Parto.* Campinas: São Paulo. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas (2009). Tese de Mestrado. [Em linha]. [Consultado em Outubro de 2014].Disponível na internet: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000466112>.

NIVEN, C.A.; MURPHY-BLACK, R.M. - Memory for labor pain: a review of the literature. *Birth.* Vol. 27, nº 4 (2000), p. 244-253.

- NÓBREGA, E.D.; SOUSA, M.N.A. - Uso da música na assistência de enfermagem: resultados baseados em evidências. *Revista InterScientia*. Vol. 1, nº 3 (2013), p. 103-114.
- O'REILLY, B.; BOTTOMLEY, C.; RYMER, J. - Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-06-2.
- O'MAHONY, F.; HOFMEYER, G.J.; MENON, V. - Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol. 10, nº 11 (2010). DOI: 10.1002/14651858.
- OLIVEIRA, A.B.S. *Métodos e técnicas de pesquisa em contabilidade*. São Paulo: Saraiva, 2003.
- OLIVEIRA, A.G. *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação*. Lisboa: Lidel. 2009.
- OLIVEIRA, A.S.S. et al. - Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*. Vol. 11 (2010), p. 32-41.
- OLIVEIRA, L.L.; BONILHA, A.L.L.; TELLES, J.M. - Indicações E Repercussões Do Uso Da Bola Obstétrica Para Mulheres e Enfermeiras. *Cienc Cuid Saude*. Vol. 11, nº 3 (2012), p. 573-580.
- OLIVEIRA, S.M.J.V. et al. - Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev. Latino- Americana de Enfermagem*. Vol. 10, nº 5 (2002), p. 667-674.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). - *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília: OPAS/USAID; 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Gerenciando Complicações na gravidez e no parto. Um guia para as parteiras e médicos. Departamento da OMS de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2003.
- OSÓRIO, S.M.B.; SILVA JUNIOR, L.G; NICOLAU, A.I.O. - Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Revista Rene*. Vol. 15, nº 1 (2014), p. 174-184.
- PADOVANI, C.R. et al. - *Investigação científica na área médica*. São Paulo: Manole, 2001.
- PEREZ, P. - *Birth balls: use of a physical therapy balls inmaternity care*. Vermont: Cutting Edge Press; 2000.
- PETTERSEN, H; FARIA, M. - *Disceñesias*. In: Benzecry R. *Tratado de obstetrícia*. Rio de Janeiro (RJ): Revinter, 2000, p. 250-259.
- PINHEIRO, B. C; BITTAR, C.M.L. - Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia on line*. Vol. 37 (2012), p. 212- 227. [Em linha]. [Consultado em Outubro de 2014]. Disponível na internet: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942012000100015&lng=p t&nrm=iso. ISSN 1413-0394.
- PINHEIRO, R.M. et al. - *Comportamento do consumidor e pesquisa de mercado*. Rio de Janeiro. 3.ª Edição. Rio de Janeiro: FGV, 2006.
- PIOTROWISKI, K.A. – Nursing care during labor. In: LOWDERMILK, D.L. et al. *Maternity & Women's health care*. 17ª. Edição. Mosby, USA, 2000, cap 22, p .510-580.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 26-39.
- PORTO, A.M.F.; AMORIM, M.M.R.; SOUSA, A.S.R. - Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Revista Femina*. Vol. 38, nº 10 (2010), p. 527-537.

- PORTO, A.M.F.; AMORIM, M.M.R.; SOUSA, A.S.R. - Assistência ao segundo e terceiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Revista Femina*. Vol. 38, nº 11 (2010), p. 583-591.
- PRIMEAU, M.R; LUCEY, K. A; CROTTY, P.M. - Managing the pain of labor. *Advance for Nurses*. Vol. 4, nº 12 (2003), p. 15-19.
- RATTNER, D. et al. - *Workshop humanizando o nascimento e parto*. São Paulo (SP): Instituto de Saúde; 1997.
- REDMAN, S. et al. - Evaluation of an antenatal education programme: characteristics of attenders, changes in knowledge and satisfaction of participants. *Aust NZJ Obstet Gynaecol*. Vol. 31 (1991), p. 310-316.
- RIBEIRO, J.P. - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3.^a Edição. Porto: Livpic, 2010.
- RICCI, S.C.- *Enfermagem Materno- Neonatal e Saúde da Mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RIESCO, M.L.G. et al. - Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev. enferm. UERJ*. Vol. 19, nº 1 (2011), p. 77-83.
- RIZK, D.E.E. et al. - Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *Journal of Perinatal Medicine*. Vol. 29, nº 4 (2001), p. 298-307.
- ROBERTSON, A. - *Preparing for birth: mothers. Background notes for pre-natal classes*. 3.^a Edição. Austrália: ACE graphics, 2000.
- ROCHA, A. et al. - (2010). Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente. *Revista Millenium*. Vol. 38 (2010), p. 299- 309.
- ROJANSKY, N. et al.. - Effect of epidural analgesia on duration and outcome of induced labor. *Int J Gynaecol Obstet*. Vol. 56 (1998), p. 237-244.
- ROMANO, A.M; LOTHIAN, J.A. - Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. Vol. 37, nº 1 (2008), p. 94-104;
- ROOKS, J.P. - Labor pain management other than neuraxial: what do we know and where do we go next? *Birth*. Vol. 34, nº 4 (2012), p.318-322.
- ROSA, M.E. - *Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto: visão da equipe de enfermagem*. Monografia apresentada ao curso de Enfermagem. Centro Universitário UNIVATES, 2010.
- ROURA, L. et al. - Analgesia y anestesia obstétrica. Tratado de Ginecologia, Obstetrícia y Medicina de la Reproducción. *Editorial Medica Panamericana*. Vol. 1 (2003), p. 446-455.
- SABATINO, H. - Parto na vertical. *RBM-GO*. Vol. 8, nº 2 (1997), p. 51-64.
- SABATINO, H; DUNN, P.M.; CALDEYRO-BARCIA, R. *Parto humanizado: formas alternativas*. 2.^a Edição. Campinas: Ed Unicamp, 2000.
- SAKATA, R.K. et al. - Avaliação da dor. In: *Cavalcanti IL, Maddalena ML - Dor*. 1.^a Edição. Rio de Janeiro: SAERJ; 2003. p.53-94.
- SARTORI, A.L. et al. - Estratégias não farmacológicas de alívio à dor durante o trabalho de parto. *Enfermería Global*. Vol. 21 (2011) p. 1-9. [Em linha]. [Consultado em Outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/116001/109971>.

SCARABOTTO, L.B; RIESCO, M.L.G. - Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev. esc. enferm.* Vol. 40, nº 3(2006), p. 389-395.

SEITCHIK, J. - The management of functional dystocia in the first stage of labor. *Clin. Obstet. Gynecol.* Vol. 30, nº 1 (1987), p. 42.

SERÇEKUS, P.; METE, S. - Turkish women's perceptions of antenatal education. *International Nursing Review.* Vol. 57 (2010), p. 395-401.

SHARMA, S.K.; LEVENO, K. J. - Regional analgesia and progress of labor. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* Vol. 46 (2003), p. 633-645.

SHETTY, A. et al. - A comparison of two dosage regimens of oral misoprostol for labor induction at term. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Vol. 81, nº 4 (2002), p. 337-342.

SHORTEN, A.; DONSANTE, J.; SHORTEN, B. - Birth Position, Accoucheur, and Perineal Outcomes: Informing Women About Choices for Vaginal Birth. *Birth.* Vol. 23, nº 1 (2002), p. 18-27.

SILVA, D.A.O. et al. - uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE.* Vol. 7 (2013), p. 4164-4170.

SILVA, E.F.; STRAPASSON, M.R; FISCHER, A.C.S. - Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *R. Enferm. UFSM.* Vol. 1, nº 2 (2011), p. 261-271.

SILVA, F.M.; OLIVEIRA, S.M. - The effect of immersion baths on the length of childbirth of childbirth labor. *Rev Esc Enferm USP.* Vol. 40, nº 1 (2006), p. 57-63.

SILVA, F.M.; OLIVEIRA, S.M; NOBRE, M.R. - A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery.* Vol. 25 (2009), p. 286-294.

SILVA, L.M. - *Utilização da bola suíça na assistência ao parto em serviços públicos do município de São Paulo.* Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2010. Tese de Mestrado.

SILVA, L.M. et al. - Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paul. Enferm.* Vol. 24, nº 5 (2011). [Em linha]. [Consultado em Fevereiro de 2014]. Disponível na internet: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500010>.

SILVA, S.A. et al. - Efeito terapêutico da música em portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Revista de Enfermagem UERJ.* Vol. 16, nº 3 (2008), p. 382-387.

SILVEIRA, I.P; CAMPOS, A.C.S.; CARVALHO, A.F. - O contato terapêutico durante o trabalho de parto: fonte de bem estar e relacionamento. *Revista Rene.* Vol. 3, nº 1 (2002), p. 67-72.

SIMKIN, P; BOLDING, A. - Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *J Midwifery Womens Health.* Vol. 49, nº 6 (2004), p. 489-504.

SMITH, J.G; MERRILL, D.C - Oxytocin for Induction of Labor. *Clin Obstet Gynecol.* Vol. 49, nº 3 (2006), p. 594-608.

SMYTH, RM.; ALLDRED, S.K.; MARKHAM, C. - Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Vol. 1, nº 1 (2013), p. 61-67. [Em linha]. [Consultado em Outubro de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440804>.

SOUSA, F.A.E.F.; HORTENSE, P. - Mensuração da dor. In: *Chaves LD, Leão ER, Marquez JO, organizadores. Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. Curitiba: Maio; 2004. Vol. 1, p. 75-84.

SOUSA, F.N; SOUSA, D.N. - Formular Questões de Investigação no Contexto do Corpus Latente. *Internet Latent Corpus Journal*. Vol. 2 (2011), p. 2-5.

SOUSA, J.P. et al - Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. *Reproductive Health*. Vol.10, nº 3 (2006). [Em linha]. [Consultado em Abril de 2014]. Disponível na internet: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/3/1/10>.

SPINELLI, A. et al. - Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. Vol. 13 (2003), p. 94-101.

STAMLER, L.L. - The participants' views of childbirth education: is there congruency with an enablement framework for patient education? *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 28 (1998), p. 939-947.

STEPHENSON, R.G.; O'CONNOR, L.J. - *Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia*. 2.^a Edição. Barueri: Manole, 2004.

STOLL, K.H.; HALL, W. - Childbirth education and obstetric interventions among low-risk Canadian women: Is there a connection. *The Journal of Perinatal Education*. Vol. 21, nº 4 (2012), p. 229-237.

STORKSEN, H.T. et al. - Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Vol. 91 (2012), p. 237-242.

TABARRO, C.S. - Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Revista Escola de Enfermagem USP*. Vol. 44, nº 2 (2010), p. 445-452.

TAHARA, M. et al. - Uterine artery flow velocity waveforms during uterine contractions: Differences between oxytocin-induced contractions and spontaneous labor contractions. *Journal. Obstet. Gynaecol*. Vol. 5 (2009), p. 850-854.

TANAKA, A.C.A. - *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Editora Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TARTUCE, T.J.A. - Métodos de pesquisa. Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, 2006.

TEDESCO, R.P. et al. - Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira de ginecologia e Obstetricia*. Vol. 26, nº 10 (2004). [Em linha]. [Consultado em Agosto de 2014]. Disponível na internet: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004001000006>.

TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R. - Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Rev Bras Enferm*. Vol. 59, nº 6 2006, p. 740-744.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG. - *Recommends Restricted Use of Episiotomies*, 2006.

TORNQUIST, C.S. - Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Caderno Saúde Pública*. Vol. 19, nº 2 (2003), p. 419-427.

UPDIKE, P.L.- Music therapy results for ICU patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*. Vol. 1, nº 9 (1999), p. 39-45.

VAN DIXHOORN, J. - Favorable effects of breathing and relaxation instructions in heart rehabilitation: a randomized 5-year follow-up study. *Ned Tijdschr Geneesk.* Vol. 141 (1997), p. 530-534.

VELADAS, M.N.N.C. - *Ajudar na sala de partos: competências reais no momento da interação*. 1.^a Edição. Lisboa: Lidel, 1997.

VIANA, I.O. et al. - Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. *Rev Med Minas Gerais*. Vol. 21, nº 2 (2011), p. 43-46.

VICENTE, S.C.F.C.A. - *Apoio social, expectativas e satisfação com o parto em primíparas com e sem preparação para o parto*. Tese de Mestrado. Psicologia, Universidade do Algarve. (2009). [Em linha]. [Consultado em Junho de 2014]. Disponível na internet: <http://hdl.handle.net/10400.1/517>.

WADLINGTON, J.S.; NATALE, M.; CROWLEY, M. - Anestesia para obstetrícia e ginecologia. In: *Anestesia Clínica: Procedimentos do Hospital Geral de Massachusetts*. 5.ª Edição. , Hurford WE, Bailin MT, Davison JK, Haspel KL, Roson C. Lippincott-Corvo Publ, Philadelphia, 1998, p. 523-557.

WALDENSTRÖM, U.; HILDINGSSON, I.; RYDING, E. L. - Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 113, (2006), p. 638-646.

WALDENSTRÖM, U. - Experience of labor and birth in women. *Journal of psychosomatic*. Vol. 47 (1999), p. 471-482.

ZHANG, J. et al. - Does epidural analgesia prolong labor and increase risk of cesarean delivery? A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol*. Vol. 185 (2001), p. 128-34.

ZHANG, J. et al. - Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*. Vol. 187, nº 4 (2002), p. 824-828.

ZIMMER, E.Z. et al. - Adverse effects of epidural analgesia in labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Vol. 89 (2000), p. 152-157.

ZWELLING, E. - Overcoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress. *Am J Matern Child Nurs*. Vol. 35, nº 2 (2010), p. 72-80.

ANEXOS

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

IDI: _____ ID: _____ Data: _____

Dados de identificação e dados sociais

Data do nascimento: _____ Idade: _____

Estado civil: ☐ Solteira ☐ Casada/União de fato ☐ Separada/Divorciada ☐ Viúva

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Renda Familiar: ☐ <1 salário mínimo ☐ 1-4 salários mínimos ☐ >4 salários mínimos**2. Dados obstétricos e clínicos**

Gestação: _____ Paridade _____ Aborto: _____

DUM: _____ IG: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes Obstétricos: _____

Vigilância Pré- Natal (Local): _____

Vigilância Pré- Natal (nº de consultas): _____

3. Dados do parto:

Data/Hora: _____

Local do Parto: _____

Início do trabalho de parto: ☐ Espontâneo ☐ InduzidoUso de ocitocina: ☐ Sim ☐ Não

Dilatação na admissão da maternidade (em cm): _____

Ida à Maternidade: ☐ 1ª vez ☐ 2ª vez ☐ +2 vezesTipo de parto: ☐ Eutócico ☐ Ventosa ☐ Fórceps ☐ CesarianaEpisiotomia: ☐ Sim ☐ NãoLaceração: ☐ Sim ☐ NãoEpidural: ☐ Sim ☐ Não

Se sim: Dilatação: _____ Horas de trabalho de parto: _____

Rutura de membranas: ☐ Espontânea ☐ RAM, Dilatação (cm) _____

Características do líquido amniótico: _____

Dilatação/extinção cervical:

Horas T. parto	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª
Hora Real													
Dilatação (cm)													
Extinção (%)													

Duração do trabalho de parto (em horas): _____

4. Preparação para o parto:

Fez curso de preparação para o parto? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, o que a motivou: _____

Local: _____

Frequentou as “aulas teóricas” de trabalho de parto e nascimento?

☐ Sim ☐ Não

Frequentou as “aulas teóricas” de Técnicas de relaxamento e conforto?

☐ Sim ☐ Não

Quantas sessões práticas participou do curso de preparação para o parto? _____

Durante o trabalho de parto utilizou de alguma técnica de relaxamento e conforto? E em que fase?

Atividades	Fase					
	I		II		III	
	0-4 cm		5-8 cm		9-10 cm	
	casa	hosp.	casa	hosp.	casa	hosp.
Massagem						
Bola de Pilates						
Duche/banho de imersão						
Deambular						
Ouvir música						
Mudança de posição						
Técnica de respiração e relaxamento						

Durante o parto utilizou alguma técnica que aprendeu no Curso de Preparação para o parto? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

Numa escala de zero a 10, onde zero significa ausência de dor e 10 representa a pior dor sentida, em que escala classificaria a dor no seu trabalho de parto?

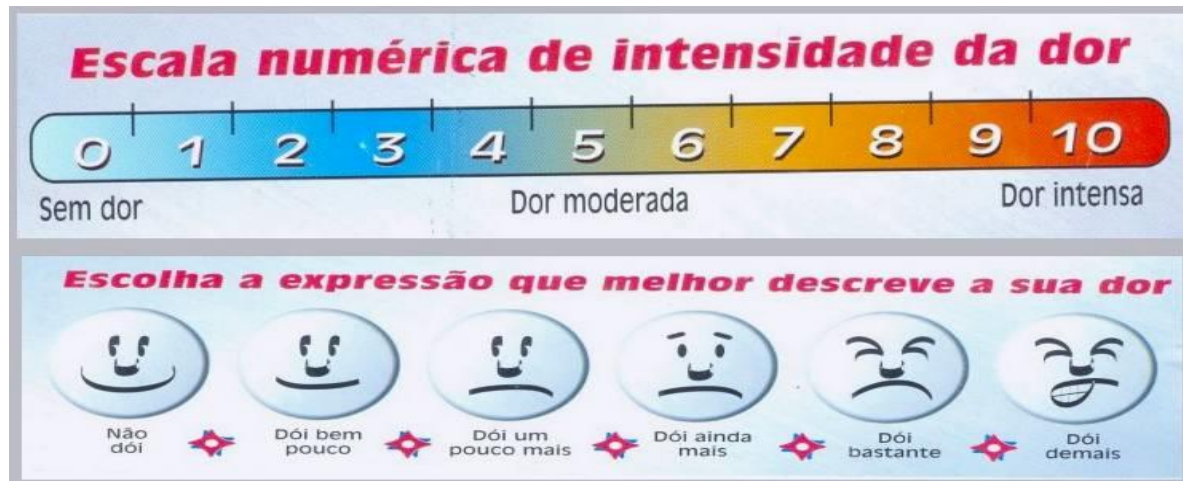
Fase I: _____

Parto: _____

Fase II: _____

Fase III: _____

AVALIAÇÃO NÍVEL DE DOR: EVA+ EVN



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausência de dor	Dor leve			Dor moderada			Dor forte ou incapacitante			Dor insuportável
	Não atrapalha as atividades			Atrapalha, mas não impede as atividades			Impede as atividades			Impede as actividades e causa descontrolo

Acredita que a utilização das técnicas de relaxamento ensinadas nos cursos de preparação para o parto contribuem para o alívio da dor? ☐ Sim ☐ Não

Acredita que a utilização das técnicas de respiração ensinadas nos cursos de preparação para o parto contribuem para o alívio da dor? ☐ Sim ☐ Não

Na sua avaliação, que percepção tem sobre a sua experiência de parto? ☐ Positiva ☐ Negativa

O que contribuiu mais para essa percepção?

Folha de informação ao participante no estudo de investigação

Tágila Farias Aragão, Enfermeira, com o N° Ordem 4-E-68136, a desempenhar funções na Instituição Particular de Solidariedade Social “ O lar do Comércio”. Atualmente a frequentar o Mestrado em Enfermagem Materna e Obstétrica, na ESEP, com o Tema:

Prepara-se para o parto: que ganhos em saúde?

Este estudo tem como objetivo identificar os ganhos de saúde resultantes do curso de preparação para o parto:

- Identificar se o Curso de Preparação para Parto tem implicações na duração do trabalho de parto, desfechos perinatais, experiência de parto, solicitação de analgesia epidural mais tardiamente, nível de dor e admissão na maternidade em trabalho de parto numa fase mais avançada;
- Identificar se a utilização de técnicas de relaxamento e conforto influencia a duração do trabalho de parto;
- Caracterizar o uso de técnicas facilitadoras do trabalho de parto;
- Analisar se a utilização das técnicas de relaxamento e conforto ensinadas nos cursos de preparação para o parto contribuem para o alívio da dor;

Este estudo insere-se numa metodologia com abordagem quantitativa.

Tenho como finalidade contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem através do aumento do conhecimento sobre a efetividade do curso de preparação para o parto.

A sua participação neste estudo é de carater voluntário pelo que está no seu direito de consentir ou declinar voluntariamente a sua participação.

Não existem quaisquer riscos previstos para as participantes do estudo. A realização do estudo poderá contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

No que diz respeito à confidencialidade e anonimato dos dados é lhe garantido que toda a informação recolhida ao longo do processo de investigação, não estará acessível a outro que não o investigador e que mais ninguém conhecerá a fonte

A Investigadora Principal:

Nome: Tágila Farias Aragão

Tlm: 916352496

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1969; Somerset West 1996 e Edimburg 2000)

Designação do Estudo

Preparar-se para o parto: que ganhos em saúde?

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são), _____, declaro não ter participado em nenhum outro projecto de investigação durante este internamento, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive respostas satisfatórias.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o inquérito proposto pela investigadora.

Data: ____/____/2014

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

A investigadora responsável:

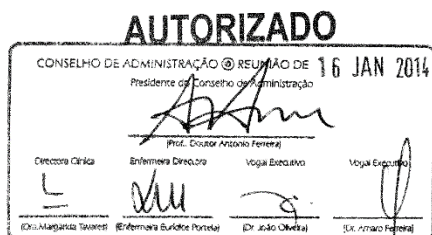
Nome:

Assinatura:

ANEXO 4

Direcção Clínica
8/11/14

CES 242-13



Exmo. Senhor

*Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de S. João- E.PE.*

Assunto: Pedido de autorização para realização de projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Tágila Farias Aragão

Título do projecto de investigação: “Preparar-se para o parto: que ganhos em saúde?”

Com o fim de realizar na Clínica da Mulher: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia: Internamento de Obstetrícia do Centro Hospitalar de S. João o projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereço pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 14 de Outubro de 2013

A INVESTIGADORA

Tágila Farias Aragão

7. SEGURO

- a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☐

NÃO APLICÁVEL ☒

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Tágila Farias Aragão,
abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 14 / Outubro / 2013

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Tágila Farias Aragão

O Investigador Principal

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de 22, Novembro 2013

Quarta-feira que forme uma sessão com as indagações expostas pelo investigador

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 08/ 14 / RS Data: 2014/01/16
--	-------------------	--

Para: Conselho de Administração

De: Rui Silva (Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica)

Assunto: Autorização de realização de estudo


INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

Estando reunidas as condições necessárias à respetiva realização, venho propor a V. Exas. a autorização para a realização do estudo intitulado **"Preparar-se para o parto: que ganhos em saúde"**, promotor a aluna Tágila Farias Aragão no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde e Obstetria da ESEP.


Em anexo encontra-se a informação respetiva.

Com os melhores cumprimentos

.....


Rui Silva

Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

 21/1/2014

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULSM, EPE
Dr. VITOR FERREIRO

Dr. AMARAL FERREIRA Vogal Executivo	Presidente	Dr. PAULO BOMBA Diretora Clínica
Enf. MAGALHÃES FILIPE Enfermeira Diretora		Dr. TERESA FERNANDES Vogal Executiva